

INTRODUÇÃO

O tema da presente dissertação nasceu da necessidade de potenciar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, considerando a segurança uma prioridade nos serviços de saúde e focalizando um dos aspectos da mesma – a comunicação nos cuidados de enfermagem, mais especificamente, no momento de passagem de turno.

A qualidade é, fundamentalmente, uma filosofia de vida antes de ser uma filosofia de acção, que o profissional deve incorporar na sua prática diária. Um ambiente interno voltado para a qualidade pressupõe uma administração preocupada e comprometida com a mesma, disposta a potenciar as pessoas, liderá-las com competência, clara nos seus objectivos, justa nas decisões, aberta a mudanças e solidária com o esforço de todos (Mezomo, 2001).

A segurança do paciente é um dos pilares da qualidade dos cuidados de saúde e responsabilidade dos vários envolvidos: sociedade, indivíduo, profissionais de saúde, formadores, governo, ordens profissionais, entre outros; devendo estes assegurar cuidados de saúde seguros e a ausência de ameaças para o paciente (Mansoa, 2010).

A comunicação na saúde é um ponto central na prestação de cuidados e na promoção do bem-estar, porém é um processo complexo que envolve diferentes níveis de comunicação, com numerosos canais de comunicação que ocorrem em várias situações e contextos (Kreps, s.d.).

Uma boa comunicação entre os profissionais de saúde é a chave para garantir qualidade na prática dos cuidados (Chaboyer, McMurray & Wallis, 2010). Comunicar consiste em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo. É necessário não só perceber mas também escutar e ouvir o outro, de forma a aprender o que se passa no interior de nós próprios, identificando emoções, pensamentos e reacções que as palavras do outro suscitam em nós (Phaneuf, 2005).

Uma comunicação efectiva é essencial em todas as organizações, principalmente quando uma tarefa e respectivas responsabilidades são entregues a outra pessoa ou a outra equipa; o que poderá acontecer na mudança de turno. Contudo, apesar de reconhecida a importância de uma comunicação de confiança, uma correcta orientação acerca de uma comunicação efectiva é essencial para os profissionais (Health and Safety Executive, 2009).

A comunicação tem um papel central na concretização de certas metas, possibilitando a efectiva prestação de cuidados e promovendo a saúde. A qualidade nos processos de comunicação na saúde está directamente relacionada com a realização dos resultados

esperados e pode, muitas vezes, fazer a diferença entre a vida e a morte ou entre o bem-estar e o sofrimento (Kreps, s.d.).

Os enfermeiros assumem um papel primordial na continuidade dos cuidados porque estão presentes durante o dia e noite mas também porque são encarados como um parceiro na comunicação para todos os profissionais de saúde; possuindo ainda a função de alterar o plano de cuidados do paciente frequentemente (Smeulers, Tellingén, Lucas et al, 2012).

A presente dissertação focar-se-á na qualidade da comunicação na passagem de turno e na influência do papel do enfermeiro sobre a mesma. Para efectuar uma pesquisa de literatura científica relevante para a investigação, foi utilizada a plataforma EBSCOhost, com acesso a todas as bases de dados; privilegiando-se os artigos que se focalizavam na comunicação na passagem de turno, qualidade dos cuidados de enfermagem e segurança do paciente, com recurso a metodologia qualitativa e/ou quantitativa.

Desta forma, o objectivo geral desta dissertação, será:

- Descrever as competências comunicacionais do enfermeiro na passagem de turno.

Sendo que, para atingir tal objectivo, existem os seguintes objectivos específicos:

- Identificar as competências comunicacionais do enfermeiro durante a passagem de turno;
- Identificar as formas de comunicação praticadas numa passagem de turno;
- Elaborar orientações para as competências ideais do enfermeiro na passagem de turno.

A presente dissertação encontra-se organizada em duas partes: o enquadramento conceptual no qual se realça a importância da qualidade em saúde, desenvolvendo conceitos como a segurança do paciente e a comunicação na passagem de turno; numa segunda parte encontra-se desenvolvido o trabalho empírico, num estudo observacional-descritivo de tipo transversal e quantitativo, no qual são descritos todos os passos dados na elaboração deste estudo e finalizando com a discussão dos resultados e principais conclusões.

I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1 – QUALIDADE EM SAÚDE

O conceito *Qualidade* descrito formalmente surge associado às filosofias de controlo que eram utilizadas na área industrial; a qualidade era entendida como fazer bem, sem erros ou defeitos, segundo Pereira (2007).

Deming divulgou o seu célebre Ciclo de Melhoria, com base num círculo dividido em quadrantes correspondendo à fase de planeamento, execução, verificação e acção; através de gráficos de controlo do processo conseguiu identificar, minimizar e remover as causas especiais de variações da qualidade (Oliveira, 2003).

Actualmente, a qualidade dos Serviços de Saúde deve ser encarada como uma questão essencial e intrínseca à prestação de cuidados e não apenas como uma dimensão desejável, mas acessória, segundo Delgado (s.d.), referido em Campos, Borges & Portugal (2009). É também o desenvolvimento da consciência profissional e de todos os actores envolvidos no processo.

A classificação de qualidade em saúde também se tem vindo a alterar; a classificação clássica que triangulava a qualidade em resultados, processos e estrutura foi complementada, mais recentemente, pelas dimensões de satisfação do paciente, da centralização dos cuidados no paciente e da segurança, segundo *Institute of Medicine* (citado por Fragata, 2011).

Para a Organização Mundial de Saúde – OMS (2008), um serviço de saúde de qualidade é aquele que “organiza os recursos eficazmente de forma a ir ao encontro das necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de modo seguro e sem desperdício.” (p.4)

O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE) definiu, em 2001, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sob a necessidade de reflectir a melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer ao cidadão e de reflectir sobre o exercício profissional dos enfermeiros. No que se refere à organização dos cuidados de enfermagem, é requerida uma procura permanente da excelência no exercício profissional, contribuindo o enfermeiro para a máxima eficácia na organização dos seus cuidados (OE, 2002).

Tendo em vista um conjunto alargado de questões em análise, entre eles, a qualidade de cuidados, as competências do enfermeiro de cuidados gerais foram elaboradas pelo Conselho de Enfermagem da OE em Outubro de 2003.

No artigo 88º do Código Deontológico, inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro, é também referida a excelência do exercício, no qual a alínea b) e e) referem:

“o enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas (...) garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos” (OE, 2012).

Compete aos enfermeiros nas organizações e às organizações por si, desenvolver esforços no sentido de proporcionar as condições para um exercício profissional de qualidade. Sendo este conceito de qualidade “fazer progressivamente e de forma contínua o melhor que for possível, com as condições existentes e tendo por base uma filosofia de análise do desempenho fundamentada em informação viável” (Pereira, 2007, p.85).

Actualmente, a administração e gestão da qualidade já não se preocupa tanto com o mercado ou com os produtos, mas com a efectiva satisfação dos clientes. É fundamental que a organização tenha flexibilidade e corresponda às necessidades de diagnóstico e tratamento mas também de eficiência, rapidez e atenção às pessoas (Mezomo, 2001).

No âmbito da Gestão em Saúde, de forma a saber se os serviços de saúde produzem qualidade há que analisar os seus indicadores de estrutura, de processos e de resultados. Como exemplo de indicadores de qualidade pode-se citar: a efectividade, a eficiência, a adequação, a aceitação, a continuidade, a acessibilidade, a segurança, a ética, entre outros (Mezomo, 2001). Os resultados na área de saúde têm sido foco de interesse da ciência durante décadas e, actualmente, são essenciais para uma correcta gestão de recursos; investigadores na área da Enfermagem têm demonstrado especial interesse nos resultados de intervenções específicas tanto na gestão dos sintomas dos pacientes, como na noção de bem-estar do paciente, assim como na sua rápida recuperação (Doran, 2011).

Pesquisas acerca dos resultados em Enfermagem procuram estabelecer quais intervenções contribuem para os resultados desejados, assim como para os seus custos e quais tornam as intervenções de Enfermagem compreendidas por outras profissões, administrações e pacientes, refere Schreb (2001), citado por *College of Registered Nurses of Nova Scotia* (2009). Desta forma, uma Gestão interessada, focando-se nos indicadores de resultados,

consegue saber como os pacientes e a sua condição de saúde são afectados pelas interacções com a equipa de enfermagem, tal como refere Doran (2003), citado por *College of Registered Nurses of Nova Scotia* (2009).

Contudo, estudos efectuados acerca dos resultados nas intervenções de Enfermagem, focam-se essencialmente nos resultados organizacionais e dos profissionais da organização, em vez de se focar na condição clínica dos pacientes (*College of Registered Nurses of Nova Scotia*, 2009).

O *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM) é um dos modelos conceptuais existentes para incorporar o modelo de estrutura/projecto/resultados na qualidade dos cuidados; desenvolvido por Irvine, em 1998, de modo a identificar a contribuição do papel do enfermeiro para os resultados existentes (Doran, 2011). A importância deste modelo passa pela sua contribuição para a identificação dos resultados na saúde dos pacientes baseados em acções de Enfermagem; demonstra também como as variáveis estruturais influenciam a forma como os enfermeiros prestam os seus cuidados e ainda, como os resultados dos cuidados estão directamente relacionados com a prática de enfermagem (*College of Registered Nurses of Nova Scotia*, 2009).

O NREM assenta em três pontos essenciais: a estrutura, o processo e os resultados. A componente estrutural do modelo assenta em variáveis como enfermeiros, pacientes e organização que influenciam o processo e os resultados do cuidar (Doran, 2011). A variável dos enfermeiros inclui características profissionais como o conhecimento, a experiência e as competências, que podem influenciar a qualidade do cuidar em enfermagem. Enquanto a variável dos pacientes inclui características pessoais e de saúde/doença tais como idade, tipo e severidade da doença que afectam tanto a prestação de cuidados como a concretização dos resultados. Por sua vez, a variável da organização foca-se essencialmente no pessoal e sua combinação e, ainda, na atribuição de padrões de enfermagem, que afectam directamente a prestação de cuidados. Estes últimos elementos têm sido recentemente investigados, demonstrando que afectam a qualidade da comunicação com os pacientes, nas ocorrências adversas no hospital, assim como na satisfação dos pacientes com o cuidar (Doran, 2011).

Nas variáveis do processo podem ser incluídos diversos elementos como a função independente do papel de enfermagem, na qual se realça a educação do paciente, sendo esta normalmente focada no auto-cuidado e nas estratégias de gestão de sintomas; assim como as funções de enfermagem relacionadas com funções médicas. Existem também funções de

enfermagem com um papel interdependente, como a coordenação, planificação e gestão de funções que também podem ser incluídas nesta variável.

A variável dos resultados inclui factores como os resultados clínicos, os resultados funcionais, os resultados da segurança do paciente e os resultados perceptuais. (Doran, 2011).

A preocupação com a segurança deve ser transversal a todos os intervenientes da saúde, não só por questões éticas mas ainda pelo facto de maior segurança servir a causa da reputação, da confiança e da credibilidade em torno dos profissionais, da sua actividade e das instituições onde estão inseridos (Fragata, 2011), sendo um sinónimo de qualidade na saúde.

Desde os primórdios da enfermagem que este tem sido um tema debatido e pelo qual se luta diariamente. Já Florence Nightingale, em 1869, dizia “*First do [the patient] no harm*”, como cita Malone (2004, p.86), sendo responsabilidade moral, profissional e individual do enfermeiro garantir que nada prejudique intencionalmente o seu paciente aquando o seu cuidado, proporcionando o melhor cuidado com a maior qualidade possível.

Segundo Fragata (2011), em cada cem internamentos hospitalares ocorrem, em média, dez eventos adversos, sendo que destes, a maioria não tem consequências graves, mas cerca de 35% apresentam consequências, sendo 5% destas muito graves. A prevalência, assim como a gravidade dos eventos adversos em saúde varia com factores que têm a ver com o doente, a especialidade e o ambiente onde o tratamento é feito (Fragata, 2011).

De forma a melhorar a segurança do paciente e consequentemente a qualidade dos cuidados, deverá existir um forte e leal compromisso com a chefia ao nível da tomada de decisão relacionada com a segurança do paciente; com a criação de culturas de segurança para que o profissional se sinta mais apoiado e em constante aprendizagem, reconhecendo também que a maioria dos erros ocorrem por defeitos organizacionais sistemáticos no processo de trabalho (Malone, 2004).

Segundo Richardson & Storr (2010), os enfermeiros são a chave para todas as iniciativas de segurança e por todos os aspectos relacionados com os movimentos de segurança; o que confere à profissão uma grande responsabilidade, assim como um enorme comprometimento com a qualidade em saúde. Contudo, é preciso garantir que os enfermeiros recebam formação nesse sentido, devendo esta ser uma preocupação não só das Escolas mas também da Gestão da organização.

Uma cultura de segurança, essencial numa cultura de qualidade, na qual “as pessoas que gerem e operam o sistema possuem conhecimento profundo acerca dos factores humanos, técnicos, organizacionais e da envolvente, que determinam a segurança do sistema como um

todo” (Gonçalves, 2008, p. 29), pode diminuir consideravelmente a frequência e a severidade dos erros na saúde mas não pode eliminá-los (Karga, Kielikas, Aretha et al, 2011). São adoptadas medidas que incentivam a partilha de informação, principalmente relacionadas com falhas, incidentes, erros, *near misses* e com as características básicas da organização, de forma a estimular a necessidade de compreender o fenómeno, determinando a forma de os eliminar ou atenuar a sua frequência, bem como as suas consequências (Weick & Sutcliffe, 2001).

O mesmo autor defende a criação de uma cultura de segurança com o intuito de contribuir positivamente para o aumento da qualidade dos cuidados prestados, assim como da noção de segurança, adoptando-se uma postura pró-activa.

A melhoria da qualidade garante respeito ao profissional, compreensão das actividades que afectam a mesma e sólidas ferramentas para avaliar e melhorar os cuidados (Mezomo, 2001). Contudo, a implementação da melhoria da qualidade é um processo longo que exige uma boa gestão, com uma liderança eficaz, assim como comprometimento superior e recursos, o que ao mesmo tempo, traz grandes resultados e satisfação.

A qualidade dos cuidados de enfermagem inserida numa cultura de segurança está dependente de uma comunicação adequada no meio hospitalar, pelo que se torna essencial que todos entendam a sua verdadeira importância.

2 – A COMUNICAÇÃO

Nos últimos 30 anos, têm sido feito investimentos substanciais para melhorar o acesso a serviços básicos de saúde nos países desenvolvidos. Contudo, têm sido realizados poucos estudos que investiguem a qualidade dos serviços prestados e ainda menos estudos que investiguem a qualidade da comunicação interpessoal. Mesmo quando os profissionais sabem qual mensagem que pretendem comunicar, nem sempre possuem as competências interpessoais para o fazerem da forma mais eficaz (Berengere, Brown, Hernandez et al, 1997). Numerosas organizações se têm focado na melhoria da comunicação em saúde. Em 2005, a OMS nomeou “*The Joint Commission International Center for Patient Safety*”, com a missão de identificar problemas e desafios na segurança do paciente e estudar soluções promissoras através do feedback e da colaboração dos profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados, segundo Santos, Grilo, Andrade et al (2010).

Estudos recentes indicam que a comunicação ineficaz entre os profissionais de saúde é uma das causas principais para erros de saúde e para o risco do paciente. Relatórios da Joint Comission (JCI) indicam também que 70% dos eventos sentinela estão relacionados com falhas na comunicação (Dingley, Daugherty, Derieg et al, 2008).

A comunicação constitui um processo de aprendizagem para o enfermeiro, envolvendo um processo recíproco de enviar e receber mensagens entre duas ou mais pessoas. Esta transmite-se de maneira consciente ou inconsciente e, de uma forma geral, existem dois componentes da comunicação face a face, sendo a expressão verbal dos pensamentos e sentimentos do emissor, através das palavras, inflexões de voz e ritmo de discurso, e a expressão não verbal, a qual é veiculada através da expressão do olhar, facial e linguagem corporal (Riley, 2004).

Na interacção entre duas pessoas, ambos desempenham o papel de emissor e de receptor, alternando-os; enviando e recebendo mensagens verbais e não verbais de pensamentos e sentimentos.

Uma boa comunicação enaltece a educação nos cuidados de saúde, assim como o aconselhamento, resultando em tratamentos mais apropriados. A efectividade da comunicação interpessoal também tem benefícios no sistema de saúde, tornando-o mais eficiente e rentável (Dingley, Daugherty, Derieg et al, 2008).

Infelizmente, a comunicação efectiva nem sempre ocorre de uma forma natural e nem sempre é fácil de adquirir. Muitas variáveis afectam a forma como a mensagem é emitida ou recebida

durante o complexo processo de comunicação interpessoal, tais como os factores ambientais, o território e espaço pessoal, as indicações não verbais, os factores intrapessoais (Riley, 2004) e ainda a zona geográfica, linguagem, a educação e também a estrutura sócio-económica e cultural (Dingley, Daugherty, Derieg et al, 2008).

Pesquisadores chegaram à conclusão que os problemas da comunicação podiam ser inseridos em categorias, sendo: a comunicação que vem tarde demais para ser eficaz, falha na comunicação com os elementos relevantes da equipa, conteúdo que não é consistente, completo ou adequado e ainda a comunicação cujo objectivo não foi atingido, como assuntos que não são resolvidos até ao ponto de urgência (Dingley, Daugherty, Derieg et al, 2008).

Por sua vez Silva, Cassiani, Miasso et al (2007), também categoriza os problemas de comunicação que podem gerar actos inseguros, sendo: falhas no sistema em que o canal de comunicação não existe, não funciona ou não é regularmente utilizado; fracasso na emissão de mensagens, quando o canal de comunicação existe mas a informação não é transmitida e falhas na recepção, quando o canal de comunicação existe, a mensagem foi enviada de maneira correcta mas o receptor interpretou-a de forma equivocada ou com atrasos.

Existem situações que são reconhecidas como passíveis de problemas como é o caso da ocorrência de alguma situação durante a passagem de turno, situações desviantes do turno normal, situação de ausência prolongada de um profissional ou entre profissionais mais experientes e menos experientes (Health and Safety Executive, 2009).

Segundo Direcção Geral de Saúde - DGS (2011), o erro de comunicação é definido como a ausência de informações, troca de informações incorrectas, interpretação errónea ou erro de compreensão. As dificuldades na comunicação podem resultar de vários problemas como falta de informações, informação desnecessária, informação incoerente, informação pobre ou de qualidade variável, mal entendidos e perda de informação em turnos sucessivos.

Uma comunicação efectiva durante a passagem de turno é primordial para garantir a segurança do paciente. Uma das consequências de uma passagem de turno não efectiva pode passar por atraso no tratamento e no correcto diagnóstico dos pacientes, tratamento inadequado e omissão de certos cuidados (Smeulers, Telling, Lucas et al, 2012). Além do mais, a ineficácia devido a comunicação e actividades redundantes pode resultar na insatisfação dos pacientes, aumento dos custos, aumento do tempo de internamento e aumento do número de readmissões. Erros na comunicação podem ainda dar origem a um aumento substancial da morbilidade e da mortalidade (Riesenberg, Leitzsch & Cunningham, 2010).

Para que a comunicação seja o mais eficaz possível, em prol da qualidade constante nos cuidados prestados, é importante que estejam presentes algumas competências gerais e interpessoais tanto nos profissionais de saúde, assim como na passagem de turno, em si.

2.1 – Competências Gerais E Interpessoais Na Comunicação

A comunicação entre os prestadores de cuidados tem adquirido uma importância crescente graças aos elevados níveis de acuidade do paciente, necessidade de internamentos mais curtos, fragmentação dos cuidados pelos diferentes profissionais de saúde e também pelo uso de prestadores de cuidados não licenciados, como os assistentes operacionais. Contudo, o aumento do número de prestadores de cuidados torna a coordenação e gestão das suas actividades cada vez mais difícil (Duffy, Gordon, Whelan et al, 2005).

Estudos demonstram que os atrasos no cuidado ao paciente e problemas recorrentes provenientes de disputas não resolvidas são, muitas vezes, a base para o desacordo entre membros da equipa, segundo Evanoff, Potter, Wolf et al (2005).

O nível de colaboração entre os prestadores de cuidados, actualmente, continua a ser inconsistente e, muitas vezes, inexistente. Infelizmente, os profissionais de saúde estão acostumados a uma escassa comunicação entre si e um pobre trabalho de equipa, que resultou de muitos anos de uma cultura pouco ambiciosa. Esta cultura, na qual os profissionais de saúde se acostumaram a uma troca incompleta de informação, levou a erros graves, uma vez que mesmo os profissionais mais conscientes tinham tendência a ignorar potenciais avisos de perigo ou discrepâncias clínicas, encarando-os como indicadores de uma comunicação pobre e rotineira (Evanoff, Potter, Wolf et al, 2005).

A colaboração encontra-se presente numa equipa quando todos os profissionais assumem um papel na mesma, com funções complementares e trabalhando em cooperação uns com os outros, partilhando responsabilidade e tomando decisões de forma a formular e a delinear planos de cuidados para o paciente.

Estudos demonstram que uma elevada colaboração entre a equipa está associada a melhores resultados nos pacientes (Evanoff, Potter, Wolf et al, 2005). Assim, a verdadeira colaboração constrói um consenso nas metas comuns a atingir por todos os membros da equipa e para as quais devem conduzir os seus cuidados, direccionados para os pacientes.

Existem também diversas barreiras que surgem na comunicação interpessoal e que dificultam a eficácia da comunicação, tais como os valores e expectativas pessoais, as diferenças de

personalidade, a hierarquia, o comportamento perturbador, a cultura e a etnia, as diferenças de geração, o género, a evolução profissional, as diferenças na linguagem, as diferenças nas rotinas, a variação do nível de preparação e qualificação, preocupações acerca da responsabilidade clínica, a complexidade do cuidar e a necessidade de uma tomada de decisão rápida (O'Daniel and Rosenstein, 2012).

Quando hospitalizados, os pacientes estão a cargo de uma equipa multidisciplinar, com diferentes funções e características, na qual o enfermeiro possui um papel com um foco holístico, gerindo as respostas do paciente para os problemas de saúde (Duffy, Gordon, Whelan et al, 2005). Cada profissional traz um diferente nível de informação e conhecimento à equipa, principalmente quando se reúnem em prol do cuidado ao paciente (Evanoff, Potter, Wolf et al, 2005), contudo, existem certas características que devem estar presentes no indivíduo para uma incrementação do trabalho em equipa.

Desta forma, a eficácia da comunicação torna-se um desafio, na medida em que possui diferentes dinâmicas, como um sistema de saúde complexo e imprevisível e uma variedade de profissionais de diferentes disciplinas, prestando cuidados em diferentes alturas do dia e com poucas oportunidades para uma interacção regular e sincronizada entre si.

Outro factor que torna a comunicação desafiante prende-se com o facto de cada cuidador possuir a sua própria visão das necessidades do paciente, criando diferentes prioridades (Dingley, Daugherty, Derieg et al, 2008). A ausência de um sistema de comunicação consistente entre profissionais resulta numa aproximação desfragmentada, assente em prioridades discordantes. Assim, a falta de acordo perante o plano de cuidados do paciente poderá levar a cuidados de má qualidade e erros clínicos; sendo que a colaboração e a comunicação deverão estar relacionados para alcançar melhores resultados.

As competências interpessoais são inerentemente relacionais (Duffy, Gordon, Whelan et al, 2005) possuem elementos essenciais como respeito, prestar atenção ao paciente com canais de comunicação verbal, não verbal e intuitiva, ser presente na relação com o paciente, entendendo a importância de estabelecer uma relação e tendo ainda uma intenção de cuidar, não só para reduzir o sofrimento mas sendo também curioso e interessado nos valores, preocupações e intenções do paciente. A *American Board of Internal Medicine* (ABIM) descreveu estas competências como qualidades humanas, segundo o mesmo autor.

Podem também ser acrescentados elementos como a flexibilidade ou a capacidade de monitorizar uma relação em tempo real, adequando as competências interpessoais, se necessário (Duffy, Gordon, Whelan et al, 2005).

A interacção com os pacientes é apenas um dos aspectos das competências comunicacionais, sendo outro aspecto importante o trabalho em equipa.

Nas competências de comunicação em equipa encontra-se incluída a habilidade em enfrentar uma hierarquia superior, garantir a sequência da mensagem como informação transmitida e informação recebida e, ainda, prestar atenção aos papéis de uma relação, monitorizando-a.

Possuir competências comunicacionais de qualidade, pode levar a um menor cansaço, a um ambiente amigável entre profissionais e pacientes, a um aumento da produtividade, a um gestão eficaz do tempo, melhoria da qualidade no cuidar e ainda treino de alta qualidade para profissionais e estagiários (Libyan, 2007).

Fuss e Gittell (s.d.), citados por Evanoff, Potter, Wolf et al (2005) revelam que a implementação de sistemas que facilitem a comunicação melhora substancialmente a qualidade, sendo a melhoria da comunicação e do trabalho em equipa, descrita pelos profissionais, como um dos aspectos mais importantes para a eficácia clínica e para a satisfação no local de trabalho.

Estudos encontraram associações entre melhor comunicação e colaboração entre profissionais de saúde e ainda, um aumento de resultados positivos para os pacientes, como diminuição da taxa de mortalidade, maior satisfação e menor taxa de readmissão dos pacientes (Dingley, Daugherty, Derieg et al, 2008).

A comunicação assertiva passa por utilizar um discurso claro e conciso, com firmeza e sinceridade, não utilizando sarcasmos nem sendo defensivo. O enfermeiro assertivo demonstra-se confiante e confortável; assume um papel activo, com uma atitude positiva, cuidando e não julgando os outros, salvaguardando os seus direitos e comunicando o que pretende de forma clara, directa, sem ameaças ou ataques (Riley, 2004). Deve também tomar a iniciativa na resolução de soluções e demonstra-se congruente na mensagem verbal e não verbal.

Passa também por expressar opiniões enquanto enfermeiro, expondo o que se pensa ou sente acerca de situações de cuidados de saúde face a pacientes ou colegas. Segundo Riley (2004), num cenário profissional, as opiniões são encaradas como informação adicional para o processo de resolução de problemas e de tomadas de decisões. Contudo, dar conselhos é um processo unilateral de tomada de decisão e de resolução de problemas pelos outros, pelo que pode ser encarado como uma incapacidade dos outros tomarem decisões.

A presença da comunicação responsável é também primordial e manifesta-se através de comportamentos adequados na resolução de problemas numa dada situação. Os enfermeiros

possuem informação acerca dos seus pacientes que os outros elementos da equipa precisam de saber, pelo que a forma como esta informação é transmitida é essencial para a correcta transmissão de conteúdos (Riley, 2004). A responsabilidade na comunicação do enfermeiro passa por ser pessoalmente responsável pelo resultado das suas próprias intervenções profissionais que deverão ser baseadas no conhecimento de enfermagem (Riley, 2004) e transmitidas com a maior segurança.

Patterson & Wears (2010) considera que existem algumas responsabilidades que deverão estar presentes no profissional durante uma passagem de turno, tais como: elaborar o trabalho técnico de forma competente, ter conhecimento da história do paciente, assim como a sua queixa principal, estar atento a dados ou acontecimentos relevantes, saber quais os dados importantes para monitorizar mudanças, gerir o impacto dos acontecimentos passados, antecipar futuros acontecimentos, planear as estratégias dos cuidados aos pacientes e realizar as tarefas planeadas.

O enfermeiro que termina as frases com reservas e colocando questões pode sugerir insegurança no que está a comunicar. É essencial demonstrar confiança no seu discurso, tornando-o claro. Quando não existe especificidade na descrição dos pensamentos e sentimentos, podem surgir mal entendidos; sendo o propósito da comunicação potenciar o entendimento entre pessoas, ser indirecto ou pouco claro torna-se infrutífero (Riley, 2004).

Perguntar é também fundamental para a avaliação e para o desenvolvimento da relação de prestação de cuidados de enfermagem. O domínio da capacidade de fazer perguntas é um requisito fundamental para enfermeiros competentes e interessados. Quanto mais eficaz for na sua pergunta, mais tempo o enfermeiro poupa para si e para os outros, mais pertinente e útil é a informação que recolhe e mais eficiente se torna a sua experiência. “Colocar questões eficazmente vai garantir que recolhe os dados necessários à prestação de um serviço de enfermagem de qualidade” (Riley, 2004, p.179).

Escutar é algo de activo e verbal, uma vez que, com calor humano, respeito e especificidade, demonstra que está atento ao que os colegas estão a dizer, convencendo-os que foram ouvidos e compreendidos no significado do seu diálogo.

Em qualquer parte do mundo, homens e mulheres sofrem processos diferentes de socialização, atribuindo-se-lhe a responsabilidade por diferenças de comportamento. As diferenças de socialização são responsáveis pelo facto das mulheres serem mais expressivas, atribuindo uma maior valorização da intimidade que aos homens. Enquanto os homens, de

uma forma geral, valorizam mais o poder e o estatuto social, preocupando-se mais com a recolha e o processamento de informação (Riley, 2004).

Segundo o mesmo autor, quando alguém fala enquanto trabalha está a ser sujeito a uma avaliação que se fundamenta, muitas vezes, no modo como se exprime. Este aspecto torna-se um desafio, principalmente para as mulheres, uma vez que a forma como se espera que uma mulher fale, enquanto profissional, difere daquela que é esperada durante um relacionamento pessoal. Os homens preferem um estilo de comunicação directo e de poucas palavras, focalizando-se na meta a atingir e não no processo (Riley, 2004); e ainda, interrompem mais vezes que as mulheres. Diferem também nas estratégias de comunicação que utilizam durante as reuniões, seguindo regras de comportamento diferentes. Os homens resistem a ser influenciados, particularmente em público. Por sua vez, as mulheres preferem muitas vezes que as suas ideias sejam discutidas por todos (Riley, 2004).

Aprender a lidar com as particularidades decorrentes de ser homem ou mulher, no contexto de trabalho dos serviços de saúde pode ser uma forma de melhorar a prestação global de cuidados de enfermagem.

A postura física e as atitudes do profissional de Enfermagem são também de primordial importância para a comunicação. Uma postura ligeiramente inclinada para a pessoa à qual o discurso se dirige demonstra uma marca de interesse e de procura de maior intimidade. Os gestos e os comportamentos do Enfermeiro também traduzem o estado interior do mesmo; uma vez que o tamborilar ou torções nervosas dos dedos, assim como batimentos de perna, podem demonstrar uma atitude nervosa. Em contrapartida, o cruzamento dos braços ou das pernas põem ser entendidos como uma atitude relaxada (Phaneuf, 2005). É importante que o enfermeiro observe o seu próprio comportamento e o altere consoante as necessidades, de forma a controlar melhor a sua maneira de estar face aos seus colegas.

As competências interpessoais são ferramentas importantes que devem ser adquiridas e desenvolvidas. Ensinar este tipo de competência é vital, assim como são essenciais cursos de treino para que a satisfação do paciente seja ainda maior (Libyan, 2007).

As competências comunicacionais e interpessoais numa equipa de saúde são geralmente aprendidas sob a forma de treino, ao longo dos anos (Duffy, Gordon, Whelan et al, 2004). Contudo, investir neste tipo de competências é essencial para manter a qualidade no cuidar, podendo ser muito recompensador, no futuro.

As diferenças entre a educação e o treino entre profissionais de saúde podem também resultar em diferentes estilos e métodos de comunicação que poderão tornar a comunicação ineficaz.

Apesar do trabalho em equipa e de uma comunicação eficaz ser essencial para a segurança do paciente, a educação base para a maioria dos profissionais de saúde, foca-se essencialmente nas competências técnicas, negligenciando o trabalho em equipa, assim como as competências comunicacionais (Dingley, Daugherty, Derieg et al, 2008).

Uma comunicação segura entre profissionais é essencial para garantir a continuidade dos cuidados ao paciente, assim como garante a coesão do trabalho em equipa. É, desta forma, que a comunicação da passagem de turno se torna um momento essencial no quotidiano dos profissionais de saúde, com a máxima importância para a qualidade no cuidar.

2.2 – A Comunicação na Passagem de Turno

A passagem de turno é considerada a comunicação oral entre profissionais de saúde de informação pertinente acerca dos pacientes, sempre que acaba um turno e começa outro, de forma a proporcionar cuidados seguros e contínuos. É um mecanismo de transferência de informação, responsabilidade e autoridade que deveria, idealmente, ser um momento de partilha de conhecimento ou de senso comum entre os profissionais de saúde, contribuindo para uma continuidade dos cuidados de uma forma informal, relacional e de gestão. Contudo, este conceito tem vindo a evoluir, considerando-se também como a transferência de informação que acontece nos cuidados contínuos ao paciente nos momentos de transição e que inclui a oportunidade de levantar questões, clarificar e confirmar (Manser, Foster, Gisin et al, 2010).

A OE (2001, p.1) define a passagem de turno como

“um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objectivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade de cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação”.

A função da passagem de turno passa por comunicar a informação do paciente, providenciando segurança e continuidade dos cuidados (Popovich, 2011). No entanto, podem também ser atribuídas outras funções a este momento, como a função de socialização, de organização, de educação e de esclarecimento (O’Connell, Macdonal & Kelly, 2008).

A passagem de turno pode funcionar também como uma oportunidade para integrar novos elementos na cultura do serviço, ajudando-os a atingir metas e valores profissionais, desenvolvendo também a coesão de grupo (Chaboyer, McMurray & Wallis, 2010).

A passagem de informação entre enfermeiros ocorre, essencialmente, na troca de turno, cuja frequência pode ser duas, três ou mais vezes durante o dia, nos sete dias da semana. É um processo determinante do quotidiano profissional do enfermeiro, uma vez que representa um tempo de simbolismo significativo, pela avaliação do trabalho realizado num turno, pela organização do turno seguinte e pela discussão dos assuntos e dos problemas surgidos (Ferreira, Luzio & Santos, 2010). É um momento de cumplicidade entre profissionais, no qual se reflecte acerca das práticas prestadas, gerando mudanças de comportamento e atitudes.

Existe um crescente reconhecimento que a falta de treino do trabalho em equipa, de uma eficaz comunicação aliada com uma falta de um sistema formal de passagem de turno é impeditiva de uma correcta prática, necessária para manter elevados os requisitos no cuidar em todas as áreas do sistema de saúde (Manser, Foster, Gisin et al, 2010).

Durante uma passagem de turno tradicional, a interacção cara a cara acontece entre enfermeiros, habitualmente dentro de uma sala adequada ou num outro lugar longe da cama do paciente. Contudo, nos últimos anos, diferentes estilos de passagem de turno têm surgido e sido desenvolvidos, como a passagem de turno gravada ou junto à cama do paciente (Meiber, Hasselhorn, Estry-Behar et al, 2007).

Assim, existem diversas formas de conduzir uma passagem de turno diferindo em termos de localização e de comunicação. A informação é habitualmente transmitida oralmente, podendo ser utilizado um gravador ou uma folha de registo da informação; contudo o momento da passagem de turno pode também ocorrer junto à cama do paciente, numa sala de enfermagem ou ainda num ponto adequado ao efeito (O'Connell, Macdonal & Kelly, 2008). É essencial que sejam consideradas as diferentes funções da passagem de turno, quando se procedem a alterações na prática, de forma a garantir que a melhoria em determinado ponto, não irá deteriorar outro.

Smeulers, Telling, Lucas et al (2012) descreve a existência de diferentes tipos de passagem de turno, que decorrem em diversos momentos do dia, sendo: junto à cama do paciente (a passagem de turno localiza-se junto à cama do paciente, promovendo a participação do paciente no seu tratamento, encorajando-o através de uma conversa face a face e colocando o paciente como ponto central na troca de informação), verbal (localizada em sala própria, o enfermeiro responsável por um grupo de pacientes troca informação relevante e documentada com os colegas), não verbal (localizada em sala própria, os enfermeiros passam informação lendo o registo de saúde do paciente, o que inclui notas de evolução, medicação e planos de cuidados) e gravada (localizada em sala própria, o enfermeiro responsável reúne uma série de

informação relevante e grava-a, de modo a que os enfermeiros do turno seguinte possam ouvir a informação em tempo conveniente).

A passagem de turno verbal pode ser considerada demasiado longa, com informação desnecessária e irrelevante em vez de informação coerente, confiável e precisa baseada no processo escrito do paciente (Chaboyer, McMurray & Wallis, 2010), contudo é esperado que a informação transmitida seja o mais pertinente e actual possível. Outros autores consideram que a passagem de turno verbal pode ser considerada como parcial, enigmática e notavelmente casual (Riesenberg, Leitzsch & Cunningham, 2010).

Segundo Meibner, Hasseljorn, Estry-Behar et al (2007), muitos autores defendem que a passagem de turno verbal ou oral possui um contexto social e emocional inerente, tornando-se num momento de coesão do grupo, podendo desenvolver alguma familiaridade entre profissionais.

De acordo com Meibner, Hasseljorn, Estry-Behar et al (2007), a maior parte da informação transferida durante a passagem de turno pode ser encontrada no processo do paciente ou é irrelevante para a prestação directa de cuidados. Esta informação escrita pode tornar-se rapidamente desactualizada e inadequada, pelo que a passagem de turno assume um papel importante.

Existe também evidência que o conteúdo da documentação escrita e de uma passagem de turno oral difere. Enquanto numa passagem de turno oral a tendência será para discutir aspectos físicos e sociais; o conteúdo escrito da documentação não é, muitas vezes, encarado como uma parte dos cuidados ao paciente (Meibner, Hasseljorn, Estry-Behar et al, 2007).

O uso de um método padronizado escrito de passagem de turno demonstrou, segundo Riesenberg, Leitzsch & Cunningham (2010), ter grande precisão, aumentando a satisfação dos pacientes e dos enfermeiros e ainda poupando tempo a estes últimos.

O método gravado das passagens de turno ultrapassa algumas limitações do processo de passagem de turno convencional, pelo que consome menos tempo dos profissionais e a informação tende a ser mais objectiva quando transmitida desta forma. Contudo, torna-se difícil de clarificar a informação, assim como as oportunidades de formação profissional aspiram a ser mais reduzidas (O'Connell, Macdonal & Kelly, 2008). Este tipo de passagem de turno, assim como as passagens de turno apenas escritas, não apresentam oportunidade para uma socialização ou partilha de sentimentos entre profissionais (Meibner, Hasseljorn, Estry-Behar et al, 2007).

A passagem de turno gravada tende também a ser retrospectiva, com uma informação baseada no tratamento, em vez de estar direccionada para um planeamento futuro (Chaboyer, McMurray & Wallis, 2010). Os relatórios gravados são também mais propensos a produzir omissões do que as passagens de turno cara a cara; contudo, são menos prováveis de conter incongruências (Riesenberg, Leitzsch & Cunnigham, 2010).

Segundo Meiber, Hasselhorn, Estry-Behar et al (2007), a passagem de turno gravada, assim como a passagem de turno escrita excluem os aspectos sociais e emocionais, uma vez que não existe oportunidade para uma comunicação directa.

O método de passagem de turno junto à cama dos pacientes foi identificado como uma estratégia importante para melhorar os cuidados centrados no paciente (Chaboyer, McMurray & Wallis, 2010). Este tipo de passagem de turno permite aos pacientes uma maior envolvimento na discussão do seu próprio internamento, assim como uma maior proximidade do enfermeiro com o paciente e com a sua documentação (O'Connell, Macdonal & Kelly, 2008). Permite, ainda, ao enfermeiro visualizar o paciente, ao mesmo tempo que coloca as suas questões aos colegas e aos pacientes.

Este método encoraja o paciente a estar envolvido activamente no seu plano de cuidados e ainda cria uma standardização na comunicação entre os turnos (Maxson, Derby, Wroblewski et al, 2012).

Analisando os resultados do estudo de O'Connell, Macdonal & Kelly (2008), os enfermeiros preferem conduzir a passagem de turno junto à cama do paciente, uma vez que podem observar e assim estabelecer prioridades no seu trabalho (Maxson, Derby, Wroblewski et al, 2012).

Por outro lado, os pacientes apontam como pontos negativos deste tipo de passagem de turno o comprometimento da confidencialidade, a despersonalização e a pouca interacção com o Enfermeiro, apontando ainda a informação transmitida como repetitiva, pouco interessante e com linguagem técnico-científica (Ferreira, Luzio & Santos, 2010).

Nesta sequência o Conselho Jurisdicional da OE emitiu um parecer, em 2001, esclarecendo que esta prática não colocava em causa os direitos do paciente, uma vez que as informações transmitidas próximas de terceiros, devem sempre salvaguardar o direito dos pacientes à privacidade e à confidencialidade (Ferreira, Luzio & Santos, 2010).

Contudo, os enfermeiros encaram a passagem de turno junto ao paciente de uma forma positiva, acreditando que desta forma a informação é mais precisa, pelo que a presença do paciente prontifica o profissional a recordar toda a informação que deve ser transmitida, assim

como permitia ao profissional que se encontra a receber a informação, a colocar questões e a clarificar informação (Chaboyer, McMurray & Wallis, 2010).

Existem vantagens e desvantagens em qualquer um dos métodos. Contudo, muitos profissionais reconhecem que as práticas da passagem de turno nem sempre são as mais adequadas. Segundo Riesenber, Leitzsch & Cunningham (2010), em 2009, a *Agency for Healthcare Research and Quality* realizou uma investigação em que cerca de metade (49%) dos profissionais hospitalares reconheceram que a informação importante dos cuidados ao paciente é, frequentemente, perdida na mudança de turno.

Durante a última década a necessidade de melhorar as passagens de turno tem aumentado, sendo uma das principais preocupações dos enfermeiros, como indica o estudo de O'Connell, Macdonal & Kelly (2008), pelo que se torna essencial encontrar o que constitui um estilo de passagem de turno efectivo para reduzir o número de eventos adversos e a ineficácia resultante de uma passagem de turno deficiente (Smeulers, Telling, Lucas et al, 2012).

As passagens de turno são, frequentemente, conduzidas de uma forma rápida devido à limitação de tempo que existe nos diferentes serviços, o que resulta num uso excessivo de abreviações (Meibner, Hasselhorn, Estry-Behar et al, 2007). Os enfermeiros participantes no estudo de O'Connell, Macdonal & Kelly (2008) consideraram importante a existência de uma linguagem comum no serviço, contudo reconhecem que estes termos podem não ser familiares a profissionais que nunca tenham estado em contacto com este serviço.

Segundo O'Connell, Macdonal & Kelly (2008), os enfermeiros têm preferência em receber o turno por parte do enfermeiro responsável do paciente, do que receber por parte do enfermeiro chefe de turno; valorizando também receber a informação completa acerca de todos os pacientes do serviço, sendo particularmente útil quando é necessário assumir a responsabilidade de assumir pacientes na ausência momentânea dos colegas.

Ao longo de 15 anos, a JCI avaliou relatórios de erros, procurando as suas verdadeiras causas de forma a criar uma lista de recomendações para melhoria dos mesmos.

Dos trabalhos da comissão, surgiu o documento “*Nine Life-saving Patient Safety Solutions*”, sumariando as causas dos acidentes em saúde. Um dos desafios que surge neste documento diz respeito à comunicação durante as mudanças de turno (Santos, Grilo, Andrade et al, 2010).

Dos eventos sentinela analisados, a JCI identificou os erros de comunicação como o factor que mais contribui para os erros em saúde, sendo a passagem de informação responsável por 80% dos eventos adversos que poderiam ser evitados (Popovich, 2011).

Assim, em 2006, a JCI, baseado nos relatórios e nas recomendações efectuadas, delineou as Metas Nacionais para a Segurança do Paciente para os hospitais, promovendo nas mesmas uma abordagem padronizada para a comunicação na passagem de turno incluindo a oportunidade de colocar e de responder a questões (Riesenberg, Leitzsch & Cunningham, 2010); focando-se na melhoria da comunicação efectiva entre os profissionais de saúde, apelando a uma comunicação eficaz, actual, precisa, completa, sem ambiguidade e entendida pelo receptor, com o objectivo de reduzir o erro, melhorando a segurança do paciente (Popovich, 2011).

Em Junho de 2008, a JCI volta a lançar novas metas no que se refere à segurança do paciente. Uma das medidas criadas volta a frisar a eficácia da comunicação entre profissionais de saúde. Definiu, assim, a comunicação padronizada da passagem de turno como um processo em que a comunicação acerca do cuidado ao paciente é transmitida de uma forma consistente de um prestador de cuidados para outro (Riesenberg, Leitzsch & Cunningham, 2010), através de uma comunicação actual, precisa, completa, inequívoca e entendida por todos, reduzindo os erros e melhorando os resultados da segurança do paciente.

Neste ponto encontra-se também incluído o momento de passagem de informação do paciente, uma vez que em cuidados de saúde existem numerosos tipos de passagens de informação, nos quais se encontram incluídas as passagens de turno.

Segundo JCI (2009) o principal objectivo de uma passagem de turno é de providenciar informação precisa acerca dos cuidados ao paciente e seu tratamento, actual condição e alteração recente ou que possa ser antecipada. A informação trocada durante a passagem de turno deve ser precisa de modo a coincidir com as metas de segurança do paciente.

Para a meta indicada foram traçados diferentes elementos, sendo eles:

1. O processo hospitalar para uma comunicação eficaz na passagem de turno eficaz inclui uma comunicação interactiva que permita a oportunidade de trocar questões entre o comunicador e o receptor da informação do paciente.
2. O processo hospitalar para uma comunicação eficaz na passagem de turno inclui informação actualizada considerando a situação do paciente, cuidados necessários, tratamento, medicação e serviços necessários, assim como qualquer alteração recente do seu estado ou alterações que possam ser antecipadas.
3. O processo hospitalar para uma comunicação eficaz na passagem de turno inclui um método que verifica a informação recebida, através de técnicas de repetição ou de reler a informação.

4. O processo hospitalar para uma comunicação eficaz inclui a oportunidade do receptor da informação rever os dados relevantes do paciente, que pode incluir cuidados prévios, tratamento e serviço.

5. As interrupções durante a passagem de turno são limitadas de forma a minimizar a possibilidade de falha de informação ou esquecimento da mesma (JCI 2009).

Por sua vez, o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE), criado pela OE em 2007, procura viabilizar a produção de um conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas de Enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde; correspondendo a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem. A natureza dos conteúdos clínicos do RMDE está orientada para os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela OE. Este RMDE apresenta algumas recomendações finais; nas quais anuncia que os resultados mínimos de enfermagem deverão ser alimentados a partir de documentação diária, regular e sistemática dos cuidados de enfermagem (OE, 2007). Refere também que os requisitos básicos da comparabilidade da informação assentam em três elementos: a partilha de linguagem classificada de enfermagem, utilizada na composição dos elementos clínicos do RMDE, a partilha dos enunciados que descrevem os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem que integram o RMDE e ainda a partilha do modelo de leitura do material e fórmulas de cálculo dos indicadores (OE, 2007).

A luta para a melhoria da qualidade na passagem de turno passa por ter conhecimento das barreiras existentes e das estratégias adequadas para as ultrapassar de modo a vingar numa comunicação eficaz.

2.3 – Barreiras e Estratégias para uma efectiva Passagem de Turno

A falha na comunicação entre elementos da equipa pode causar enganos que ameaçam a segurança do paciente. Os esforços feitos no sentido de melhorar a qualidade e segurança do paciente estão dependentes do trabalho em equipa e são prejudicados pelas barreiras da comunicação e da colaboração existentes na mesma (Evanoff, Potter, Wolf et al 2005).

Existem poucos estudos que avaliem intervenções para melhorar a qualidade da passagem de turno. A maior parte das intervenções envolvem a implementação de um protocolo na

passagem de turno, o que, nalguns estudos demonstrou evidência no aumento da qualidade neste momento (Manser, Foster, Gisin et al, 2010).

Segundo Riensenberg, Leitzsch & Cunningham (2010), existem diversos tipos de barreiras que dificultam a efectividade de uma passagem de turno, podendo estas ser categorizadas em oito categorias; sendo a barreira da comunicação considerada a mais frequente. Assim, existem categorias de barreiras, na qual se encontram incluídos: as barreiras na comunicação, nas quais se encontram incluídos os problemas gerais de comunicação e problemas sociais e de hierarquia, representados no Quadro 1.

Nas barreiras de comunicação relacionadas com estruturas hierárquicas estão incluídos factores como falta de comportamentos de suporte ou pobre relação entre os pares; pelo que uma atitude de compreensão por parte da hierarquia e dos superiores com os quais os enfermeiros trabalham, assim como as regras “não escritas” de uma passagem de turno são factores a ter em conta para melhorar as passagens de turno (Riesenberg, Leitzsch & Cunnigham, 2010).

Quadro 1: Categorias da Barreiras na Comunicação

Barreiras na comunicação	Problemas Gerais de Comunicação	<p>Conversas cruzadas durante a passagem de turno</p> <p>Informação escrita ilegível</p> <p>Omissões/Informação imprecisa</p> <p>Informação perdida ou incompleta</p> <p>Erros/Mal entendidos</p> <p>Impossibilidade de contactar o enfermeiro responsável</p> <p>Falha ao comunicar a importância das questões</p> <p>Falha em compreender qual informação é essencial</p> <p>Discurso Desorganizado</p> <p>Informação baseada na documentação</p> <p>Ocorrência de lapsos</p> <p>Estado actual do paciente não partilhado</p>
	Problemas Sociais e Hierarquia	<p>Problemas relacionais,</p> <p>Problemas associados com a estrutura hierárquica da equipa,</p> <p>Cultura de culpabilização que inibe os profissionais de questionar,</p> <p>Confusão nos papeis e responsabilidades de cada membro da equipa,</p> <p>Problemas de comunicação com a equipa médica,</p> <p>Assuntos culturais,</p> <p>Barreiras de linguagem, barreiras étnicas</p> <p>Falta de comportamentos de suporte</p> <p>Pobre relação entre os pares</p>

Fonte: Riensenberg, Leitzsch & Cunningham (2010)

Por sua vez, Runny (2012) também definiu as barreiras existentes numa passagem de turno: a falta de educação nas escolas de enfermagem a este nível, um sistema de saúde que suporta uma autonomia e performance individual, falta de interesse por parte dos pacientes e seus familiares no processo do cuidar, resistência por parte do staff na mudança, falta de tempo para dedicar às passagens de turno, problemas físicos no local propícios a barulho e interrupções constantes, barreira na linguagem entre médicos e pacientes, falhas no processo de comunicação (como falhas técnicas no fax ou e-mail), falta de evidência científica e dados para identificar a melhoria prática nas passagens de turno e, ainda, falta de recursos financeiros para implementar processos padronizados de passagens de turno.

Estudos demonstram que a falta de tempo, as interrupções e uma elevada carga de trabalho são barreiras na comunicação, originando falta/perda de informação acerca das condições do paciente podendo levar a diagnósticos e procedimentos incorrectos (Burley, 2011).

Segundo o estudo de O'Connell, Macdonal & Kelly (2008), os enfermeiros encaravam a qualidade da informação transmitida como pobre, incompleta e subjectiva; sendo que detalhes importantes do paciente não eram, muitas vezes, referidos.

Uma cultura de barreira pode ser encontrada em muitas organizações que acreditam que a qualidade do cuidar e a prevenção do erro resultam do treino e do esforço de profissionais, ignorando as limitações inerentes descritas na ciência dos factores humanos. Factores humanos como fadiga, efeitos do stress, distrações e interrupções, comunicação interpessoal pobre, processamento imperfeito da informação e falha na tomada de decisão são todos factores que contribuem para o erro no cuidar.

A falta de reconhecimento e de compreensão destes factores pode conduzir a uma cultura irrealista de expectativas e de culpabilização, desviando os esforços de estratégias efectivas para a gestão do erro (Dingley, Daugherty, Derieg et al, 2008).

Estudos demonstram o valor de um bom trabalho em equipa e de correctas estratégias de comunicação entre os diferentes profissionais de saúde. Com a implementação de estratégias de equipa e de comunicação, o tempo de comunicação acerca de uma preocupação do paciente diminuiu, trazendo a solução e o tratamento para o problema mais rapidamente. Os enfermeiros referiram também maior satisfação com a comunicação e consequentemente com as elevadas taxas de resolução de problemas do paciente (Dingley, Daugherty, Derieg et al, 2008).

Riensenberg, Leitzsch & Cunningham (2010) definiram algumas estratégias de modo a tornar as passagens de turno o mais efectivas possível. Estas estratégias são colocadas em diferentes

categorias, passando por habilidades de comunicação, estratégias de padronização, soluções tecnológicas, estratégias ambientais, treino e educação, envolvimento dos profissionais e liderança. É também muito importante demonstrar aos líderes da organização a importância do trabalho em equipa e da comunicação, assim como a sua contribuição para a satisfação dos profissionais e da segurança do paciente.

As intervenções para minimizar as interrupções são criadas de modo a melhorar o processo de comunicação e transmissão de informação na passagem de turno. Nestas intervenções pode ser incluída a conduta da passagem de turno de uma forma mais silenciosa, usando estratégias para uma comunicação não interruptora, como delegar a alguém que atenda o telefone durante a passagem de turno (Patterson & Wears, 2010).

A resiliência deverá ser uma concepção presente na passagem de turno, uma vez que, mesmo quando os erros não são detectados, poderão ser colocadas questões para confirmar uma informação (Patterson & Wears, 2010). Em vez de assumir um erro crescente devido à perda de informação durante a transmissão da mesma, existe sempre a hipótese de reduzir esse erro devido à oportunidade de criticar tanto o diagnóstico, como o planeamento dos cuidados, o que permitirá a uma detecção precoce do possível erro.

Tal como todos os profissionais de saúde, os enfermeiros não recebem treino formal no processo da passagem de turno, o que torna o processo mais vulnerável com um aumento do potencial de eventos adversos (Smeulders, Tellingén, Lucas et al, 2012).

Uma das principais dificuldades encaradas pelos enfermeiros passa também pela inexistência de directrizes em como a passagem de turno deveria ser conduzida e qual a informação que deveria ser incluída. Desta forma, a prática do enfermeiro no processo da passagem de turno é muito importante, uma vez que permite ao enfermeiro partilhar a informação necessária, garantindo a continuidade dos cuidados e promovendo a segurança do paciente (Maxson, Derby, Wroblewski et al, 2012).

Torna-se, desta forma, essencial desenvolver procedimentos para uma passagem de turno de qualidade para a qual os enfermeiros se encontrem devidamente treinados (Riesenberg, Leitzsch & Cunningham, 2010).

No artigo de Riesenberg, Leitzsch & Cunningham (2010), a estratégia mais referida nos artigos analisados pelos autores foi a padronização, seguida por estratégias tecnológicas, como o uso de sistemas computadorizados de passagem de turno. Providenciar treino e educação, assim como melhorar problemas ambientais, como pobre iluminação ou excesso de ruído, foram problemas prontamente identificados.

Um estudo piloto de Currie em 2002 examinou os tópicos mais importantes a ser incluídos neste momento, sendo que os pontos mais importantes a ser transmitidos na passagem de informação são: a razão da admissão do paciente, tratamentos recebidos pelo paciente, nome e idade do paciente, restrições actuais do paciente, plano de cuidados para o paciente e seus antecedentes clínicos (O'Connell, Macdonal & Kelly, 2008).

Também Runy (2012) fornece algumas dicas para uma passagem de turno efectiva, sendo elas a permissão de uma passagem de turno cara a cara sempre que possível, garantir que existe uma comunicação em dois sentidos durante o processo da passagem de turno, permitir à passagem de turno o tempo que for necessário, utilizando forma verbal e escrita, conduzir a passagem de turno junto a cama do paciente sempre que possível, envolvendo pacientes e familiares neste processo, permitindo clarificar a informação transmitida, envolver os colegas no desenvolvimento da passagem de turno, incorporar certas técnicas, requerendo uma verificação que a informação está a ser recebida e entendida. O autor aponta ainda que a transmissão de responsabilidade efectiva para o colega é essencial, pelo que a tecnologia deverá ser tida em conta para agilizar a troca de informação precisa e monitorizar a eficácia da passagem de turno e transmiti-la ao pessoal.

Contudo, não existe um acordo comum acerca do conteúdo essencial a transmitir numa passagem de turno. As *checklists* podem ser utilizadas como um guia para lembrar e documentar, aumentando a garantia que a informação necessária e adequada foi comunicada, minimizando o risco de erro. O estudo de Popovich (2011) fala da criação de um instrumento, tipo *checklist*, de forma a melhorar a sua forma de comunicação, desmistificando o temor que, por vezes, existe perante a passagem de turno.

Este tipo de instrumento, com uma linguagem comum e um sistema padronizado, auxilia todos os enfermeiros, assim como estudantes, a documentar de forma precisa, a comunicar efectivamente aspectos críticos do cuidar, auxiliando, ainda, no planeamento de cuidados, focalizando-se na qualidade dos mesmos (Popovich, 2011).

Para colmatar esta dificuldade podem também ser tomadas medidas no local de trabalho como especificar quando a informação-chave precisa de ser transmitida; evitar transmitir informação que seja desnecessária; repetir a informação-chave usando diferentes meios, como oral e escrito; permitir tempo suficiente para transmissão de informação; garantir que a informação está a ser devidamente transmitida e recebida, tomando a responsabilidade de obter informação adequada; quando necessário pedir a confirmação, clarificação ou repetição da informação; incentivar a comunicação frente a frente; procurar desenvolver habilidades de

comunicação em todos os profissionais e estabelecer normas para uma comunicação efectiva e segura (Health and Safety Executive, 2009).

Apesar de todas as inovações em torno da passagem de turno, não existe um consenso ou uma evidência empírica acerca da efectividade da passagem de turno; a investigação realizada nesta área tem sido feita num escala pequena, preocupada essencialmente em como a passagem de turno é realizada (Meiber, Hasselhorn, Estry-Behar et al, 2007).

Contudo, a variação da percepção acerca da passagem de turno sugere que diferentes grupos de enfermeiros possuem diferentes necessidades perante este momento, pelo que a sua qualidade varia substancialmente nos diferentes serviços do hospital, segundo O'Connell, Macdonal & Kelly (2008). É importante também referir que a variabilidade dos procedimentos da passagem de turno pode também incrementar o erro. É essencial que os procedimentos para uma efectiva passagem de turno sejam desenvolvidos e que os enfermeiros sejam adequadamente treinados para os mesmos (Riesenberg, Leitzsch & Cunningham, 2010).

Uma das práticas que surgiu recentemente nalgumas instituições é o protocolo SBAR (*Situation; Background; Assessment; Recommendation*). SBAR foi considerado como um instrumento que facilita o entendimento entre pessoas que interagem frequentemente mas possam não comunicar da mesma forma, criando um protocolo comum entre profissionais. Estudos efectuados demonstram que o uso do protocolo SBAR aumenta a satisfação na comunicação entre os enfermeiros, assim como a percepção da importância de uma comunicação precisa (Vardaman, Cornell, Gondo et al, 2011), podendo ser utilizado de forma a auxiliar a estrutura de uma passagem de turno.

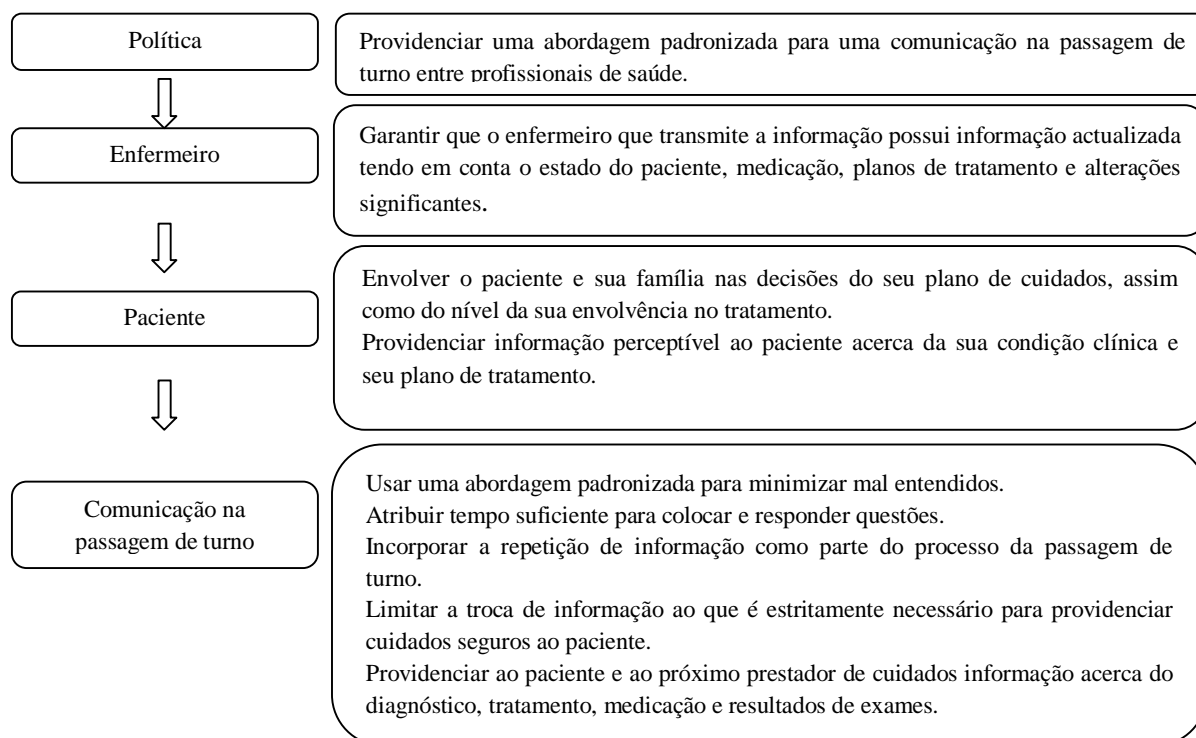
O protocolo SBAR estrutura a comunicação em quatro componentes, sendo o primeiro componente a Situação (*Situation*) que pressupõe a comunicação do nome do paciente, situação actual/problema do mesmo. De seguida, será comunicado os antecedentes (*Background*), inserindo o paciente no contexto, providenciando informação acerca da admissão do paciente, seu diagnóstico, antecedentes clínicos pertinentes, tratamento efectuado e mudança de condição desde a sua admissão. O terceiro componente será a avaliação (*Assessment*), que inclui os sinais vitais do paciente, a necessidade de oxigénio, o seu nível de dor, assim como qualquer alteração na sua avaliação desde a passagem de turno anterior. Finalmente, é comunicada a recomendação (*Recommendation*), na qual surgem as sugestões do comunicador acerca do que deve ser realizado. Desta forma, o protocolo SBAR dita que o enfermeiro reúna toda a informação que possui antes de efectuar a sua comunicação

(Vardaman, Cornell, Gondo et al, 2011), fazendo-o de uma forma sequencial e concisa, reduzindo a probabilidade de erros de omissão.

A OMS, em conjunto com a JCI, sugere diversas acções que devem ser consideradas em prol da qualidade da comunicação na passagem de turno, sendo: garantir que as organizações de saúde implementam uma abordagem padronizada da comunicação na passagem de turno através do uso da técnica SBAR; da atribuição de tempo suficiente para comunicação de informações importantes e para o pessoal colocar e responder a questões sem interrupções, sempre que possível; da transmissão de informação tendo em conta o estado do paciente, medicação, tratamentos, entre outros; limitando a informação apenas ao que é realmente necessário para prestação de cuidados seguros ao paciente; garantir que as organizações implementam sistemas que garantam a troca de informações entre o paciente e prestadores de cuidados, tais como diagnóstico, tratamento, medicação, resultados de exames, entre outros; incorporar treino de comunicação efectiva na passagem de turno no currículo educacional, continuando este desenvolvimento para a vida profissional e, por fim, encorajar a comunicação entre organizações que prestam cuidados paralelas ao mesmo paciente (World Health Organization - WHO, 2007).

Segue-se o exemplo de comunicação eficaz na Passagem de turno proposto (Quadro 2):

Quadro 2: Exemplo de Comunicação Eficaz na Passagem de Turno



Baseado em WHO (2007)

Considerando estes resultados, a passagem de turno com um formato padronizado aumenta a conformidade, e pode resultar numa melhor precisão. Contudo, nenhum formato pode ser considerado universal, sendo necessária a sua adaptação para cada área (Riesenberg, Leitzsch & Cunnigham, 2010).

II – TRABALHO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA UTILIZADA

1.1 – Questão de Investigação e Objectivos do Estudo

Foi, no contexto real, com a experiência pessoal que surgiram interrogações acerca da comunicação nos cuidados de enfermagem, resultante da observação de práticas e comportamentos, autoavaliações, processos de reflexão e análise crítica. A pesquisa bibliográfica efectuada sobre a comunicação nas passagens de turno, assim como os esforços efectuados para melhorar este momento ajudaram a definir a questão de investigação, que consideramos:

Será que as competências comunicacionais do enfermeiro influenciam a qualidade da comunicação na passagem de turno?

Tendo em conta a questão acima citada, o objectivo geral deste projecto, será:

- Descrever as competências comunicacionais do enfermeiro na passagem de turno.

Sendo que, para atingir tal objectivo, existem os seguintes objectivos específicos:

- Identificar as competências comunicacionais do enfermeiro durante a passagem de turno;
- Identificar as formas de comunicação praticadas numa passagem de turno;
- Elaborar orientações para as competências ideais do enfermeiro na passagem de turno.

1.2 – Tipo de Estudo / Desenho de Investigação

Através de um estudo descritivo, observacional, transversal e qualitativo, pretende-se verificar se as competências comunicacionais dos enfermeiros influenciam a qualidade da passagem de turno. Isto porque foram desenvolvidos procedimentos para descrever os acontecimentos que, naturalmente, ocorrem, assim como se descreve os efeitos que provocam nos sujeitos em estudo. Contudo, não se pretende explicar estes acontecimentos, sendo apresentado apenas o que se encontrou, através de uma descrição que pretende definir as principais características desta população.

O presente estudo foca um grupo representativo da população em estudo, sendo os dados recolhidos apenas num momento, o que torna este estudo também transversal.

Uma vez que se pretende obter a verificação de relações entre conceitos, este é um estudo quantitativo, explicando um fenómeno através de variáveis e resultados numéricos susceptíveis de serem generalizados a outras populações, como refere Fortin (2009).

1.3 – Variáveis

No presente estudo podemos considerar como variáveis dependentes a qualidade da comunicação na passagem de turno, e como variável independente: as competências comunicacionais do enfermeiro; uma vez que as variáveis constituem a substância das questões de investigação, podendo ser definidas de forma operacional, de modo a permitir a sua medida, relembrando Fortin (2009).

1.4 – População

O presente estudo foi efectuado no departamento de Medicina, constituído por 8 serviços de Medicina, de um Hospital Central da área de Lisboa, sendo a sua população todos os enfermeiros, prestadores de cuidados, destes serviços.

Como critérios de inclusão foram seleccionados todos os Enfermeiros, prestadores de cuidados, a exercer funções nos diferentes serviços de Medicina do Departamento do referido Hospital.

1.5 – Instrumento de Colheita de Dados

De forma a proceder à aplicação dos questionários na Instituição, foram efectuados vários contactos, de forma a obter a autorização que permitisse a sua implementação; tendo sido a mesma fornecida pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar em causa. Nesta sequência, todos os Enfermeiros Chefes dos diferentes serviços do Departamento de Medicina foram alertados, servindo de elo interlocutor, ficando encarregue de divulgar o estudo, solicitar a colaboração e recolher os questionários para posterior recolha dos questionários pelos serviços.

No presente estudo foi utilizado um questionário, baseado na *Nurse Handoff Communication Competence Scale*, tratando-se de uma escala criada por *Anne Streeter* da *University of Kentucky College of Communication and Information Studies* e validada pela mesma; e também baseado nas Metas Internacionais da Segurança do Paciente, pela JCI, mais especificamente na Meta 2 - ‘Melhorar a comunicação efectiva entre os prestadores de cuidados’ como apoio e, por último, o RMDE.

O presente questionário é constituído por 3 partes, com diferentes escalas de medida. Uma primeira parte que pretende a recolha de dados biográficos, através de questões fechadas. A segunda parte é constituída por uma escala de Likert, utilizada para avaliação de atitudes, na qual os enfermeiros respondentes devem indicar a sua concordância pela afirmação numa escala de intensidade e uma última e terceira parte do questionário constituída por uma questão aberta.

Na sequência da realização do questionário foi necessária a realização de um pré-teste, de modo a verificar a eficácia e o valor do questionário junto da população alvo. Esta fase é essencial, uma vez que permitiu descobrir os defeitos do questionário, convidando os entrevistados a formular críticas e sugestões, assim como fazer as correcções necessárias, como refere Fortin (2006).

A fidelidade de um teste indica a extensão em que as diferenças individuais na realização de um teste são atribuíveis a diferenças reais, das características avaliadas, expressando-se por um coeficiente de correlação, podendo ser identificadas num coeficiente α de Cronbach; uma vez que fornece a medida de consistência interna, encontrada com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste (Ribeiro, 1999).

O alfa de *Cronbach* para o total de itens do questionário foi de $\alpha = 0,958$, o que traduz uma elevada consistência interna. “Um valor elevado indica uma grande consistência interna” (Fortin, 2009, p. 350). Foi ainda, calculado o alfa de *Cronbach* de cada dimensão do questionário apresentado na Tabela 1, sendo que todas apresentaram uma elevada consistência interna, ou seja, elevada fidedignidade, pois ultrapassaram o mínimo aceitável de $\alpha = 0.70$. Seguidamente, aplicou-se a técnica do teste-reteste para estimar a fiabilidade do instrumento de colheita de dados, aos mesmos inquiridos, três semanas após a primeira entrega dos questionários. De acordo com Fortin (2009), recomendam tomar medidas com intervalos de duas a quatro semanas. Posteriormente foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson* para comparar as respostas entre o primeiro e o segundo conjunto de valores observados,

apresentado na Tabela 1, sendo novamente calculado o alfa de *Cronbach*, pois este deve ser “(...) reavaliado cada vez que uma escala é utilizada” (Fortin, 2009, p. 350).

Tabela 1: Resultados do alfa de *Cronbach* do pré-teste e reteste

Dimensões	Alfa de <i>Cronbach</i> (Pré-teste)	Alfa de <i>Cronbach</i> (Reteste)
Receber informação na passagem de turno	$\alpha = 0.814$	$\alpha = 0.848$
Emitir informação na passagem de turno	$\alpha = 0.924$	$\alpha = 0.969$
Atitudes nas passagens de turno – 1	$\alpha = 0.939$	$\alpha = 0.885$
Atitudes nas passagens de turno – 2	$\alpha = 0.931$	$\alpha = 0.974$
Atitudes nas passagens de turno – 3	$\alpha = 0.811$	$\alpha = 0.759$
Postura da equipa de enfermagem	$\alpha = 0.990$	$\alpha = 0.958$

Relativamente à variação do coeficiente de correlação de *Pearson*, na Tabela 2, verificou-se uma variação entre + 0.635 e + 0,982, o que traduz uma óptima fiabilidade, pois apresenta uma correlação moderada a muito alta. Segundo Pestana e Gageiro (2000), entre 0.4 e 0.69 indica correlação moderada, entre 0.7 e 0.89 alta e entre 0.9 e 1 muito alta. Em relação ao alfa de *Cronbach* do segundo conjunto de valores observados, apresentados na Tabela 2, para o total de itens do questionário foi de $\alpha = 0.959$. Relativamente a cada dimensão todas apresentaram valores acima do mínimo aceitável de $\alpha = 0.70$, o que revela a elevada consistência interna do instrumento de medida (Fortin, 2009).

Tabela 2: Variação do coeficiente de correlação de *Pearson*

Dimensões	Variação do coeficiente de Correlação de <i>Pearson</i>
Receber informação na passagem de turno	0.810 e 0.978
Emitir informação na passagem de turno	0.663 e 0.958
Atitudes nas passagens de turno – 1	0.635 e 0.973
Atitudes nas passagens de turno – 2	0.718 e 0.982
Atitudes nas passagens de turno – 3	0.718 e 0.958
Postura da equipa de enfermagem	0.815 e 0.965

1.6 – Análise dos Dados

Após a realização da colheita de dados será realizado o tratamento estatístico dos mesmos com base no programa informático SPSS (Statistical Psychologic and Society Science), versão 20.0 para *Windows*.

2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados obtidos neste estudo, evidencia-se agora a apreciação desses mesmos resultados à luz dos conhecimentos actuais sobre esta temática.

No meio hospitalar em que os pacientes estão internados e monitorizados vinte e quatro horas por dia, a efectiva articulação entre os profissionais de saúde está muito dependente da comunicação. Segundo Santos, Grilo, Andrade et al (2010), os problemas de comunicação entre os vários profissionais têm sido associados à diminuição da qualidade de cuidados e a mortes por erros que poderiam ser evitados. Num estudo, referido pelos mesmos autores, realizado em 28 hospitais australianos, a comunicação é a principal causa de eventos adversos nos serviços e os problemas de comunicação são responsáveis por duas vezes mais mortes do que a ineficiência clínica.

Segundo Santos, Grilo, Andrade et al (2010), as características dos cuidadores, assim como a complexidade da informação e os meios de comunicação adoptados têm impacto na efectividade e eficiência da passagem de turno e, consequentemente, na segurança do paciente.

No presente estudo, foram distribuídos questionários aos enfermeiros a exercer funções no departamento de Medicina do Hospital, tendo sido recolhidos 62 questionários preenchidos de uma população de 137 enfermeiros, com uma taxa de resposta de 45.25%.

No primeiro grupo de perguntas do questionário, pretendia-se conhecer os dados biográficos do enfermeiro, sendo as características da população: idade, género, estado civil, habilitações académicas, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional no Hospital.

Dos 62 enfermeiros que responderam ao questionário, 47 elementos (75.8%) eram enfermeiras do sexo feminino e 15 (24,2%) eram enfermeiros do sexo masculino (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos Enfermeiros por género

	Frequência	Percentagem
Feminino	47	75,8
Masculino	15	24,2

No que diz respeito à idade dos enfermeiros que responderam ao questionário, a maior percentagem (22.6%) situa-se no intervalo dos 24-28 anos (Tabela 4).

Pode-se constatar que a equipa de Enfermagem deste Departamento é maioritariamente jovem, rondando os 28 anos de idade, prevalecendo também o sexo feminino nestes serviços;

factor a ter em conta uma vez que as estratégias de comunicação diferem no género, sendo os seus comportamentos diferentes, pelo que as mulheres preferem que as suas ideias sejam discutidas por todos, por exemplo (Riley, 2004).

Tabela 4: Distribuição dos Enfermeiros por idade

	Frequência	Percentagem
24 – 28	42	67,8
29 – 33	14	22,6
34 – 39	3	4,8
40 – 44	2	3,2
+ de 45	1	1,6

Na sua maioria, os enfermeiros têm como habilitações académicas a Licenciatura em Enfermagem, com 90.3%, seguindo-se a pós-Licenciatura de Especialização com 4.8%. Existem ainda 3.2% enfermeiros com mestrado e apenas um enfermeiro possui o bacharelato com 1.6% (Tabela 5). Os enfermeiros que responderam ao questionário que possuem pós-licenciatura de Especialização (3 enfermeiros), todos têm especialidade em Reabilitação.

Tabela 5: Distribuição dos Enfermeiros por habilitações académicas

	Frequência	Percentagem
Bacharelato	1	1,6
Licenciatura	56	90,3
Mestrado	2	3,2
Pós-Licenciatura	3	4,8

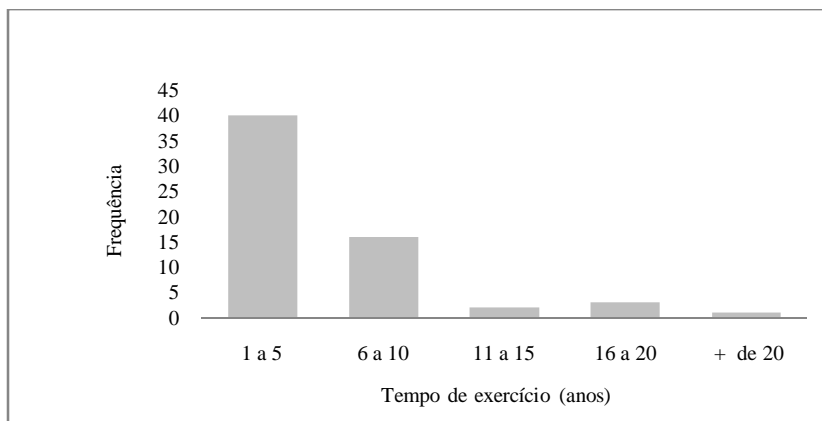
No que se refere ao tempo de exercício, a maior percentagem de enfermeiros trabalha de 1 a 5 anos, com 58.1%; existindo uma menor percentagem de enfermeiros que trabalha há mais de 20 anos, com 1.6% (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição dos Enfermeiros por tempo de exercício

	Frequência	Percentagem
1 a 5 anos	36	58,1
6 a 10 anos	20	32,3
11 a 15 anos	2	3,2
16 a 20 anos	3	4,8
+ de 20 anos	1	1,6

No que diz respeito ao tempo de serviço no Hospital em questão, dos 62 enfermeiros que responderam, 40 enfermeiros trabalham nesta Instituição de 1 a 5 anos (64.5%), com apenas 1 enfermeiro (1.6%) que trabalha há mais de 20 anos na Instituição (Gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição dos Enfermeiros por tempo de exercício no Hospital



O presente questionário visou efectuar um estudo acerca da qualidade da comunicação da passagem de turno de enfermagem, pelo que se optou por elaborar questões fechadas que reflectissem a prática dos serviços nos quais os enfermeiros prestam cuidados.

No que se refere ao método de passagem de turno utilizado no serviço, dos 62 enfermeiros que responderam ao questionário, 42 (67.7%) utilizam o método verbal e escrito na sua passagem de turno; enquanto 19 enfermeiros (30.6%) utilizam apenas o método verbal (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição dos Enfermeiros por método de passagem de turno utilizado no Serviço

	Frequência	Percentagem
Verbal	19	30,6
Verbal e escrito	42	67,7

Em relação ao local onde ocorre a passagem de turno, todos os enfermeiros responderam que a passagem de turno ocorre em sala própria para o efeito (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição dos Enfermeiros pelo local onde ocorre a passagem de turno

	Frequência	Percentagem
Sala própria	62	100,0

No que se refere à planificação da passagem de turno, 77.4% (48 enfermeiros) responderam que recebiam informação de todos os pacientes do serviço; enquanto 22.6% (14 enfermeiros)

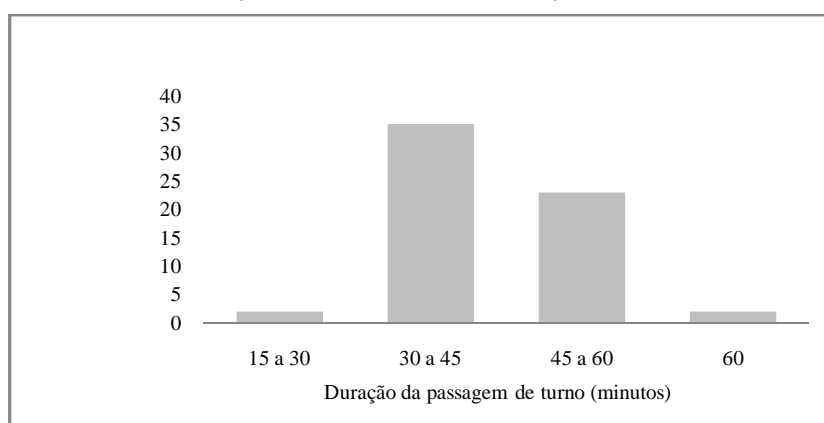
responderam que apenas recebiam informação acerca dos pacientes pelos quais eram responsáveis (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição dos Enfermeiros pela planificação da passagem de turno

	Frequência	Percentagem
Todos Pacientes	48	77,4
Pac. Responsável	14	22,6

No que respeita a duração da passagem de turno, 35 (56.5%) dos enfermeiros inquiridos responderam que a passagem de turno no seu serviço tem a duração de 30 a 45 minutos (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuição dos Enfermeiros pela duração da passagem de turno



O método mais utilizado no Departamento de Medicina para a passagem de turno é o método verbal e escrito, ocorrendo todas as passagens de turno num local próprio. A passagem de turno verbal pode ser considerada longa, com informação desnecessária e irrelevante, parcial, enigmática e casual, em vez de informação coerente, confiável e precisa baseada no processo do paciente, como refere Chaboyer, McMurray & Wallis (2010).

Os enfermeiros consideram que a informação transmitida na passagem de turno é, muitas vezes, obtida através da consulta diária, regular e sistemática da documentação pertencente ao processo do paciente; sendo essencial não ignorar discrepâncias clínicas, procurando uma comunicação rica e não rotineira.

Este método combinado de uma passagem de turno verbal e escrita permite à equipa discutir aspectos físicos e sociais, baseados numa informação coerente e confiável do processo do paciente e procurando manter a informação sempre actualizada e adequada através da comunicação verbal, evitando que a informação importante aos cuidados seja perdida na mudança de turno, como refere Riesenberg, Leitzsch & Cunningham (2010).

As passagens de turno da maior parte dos serviços do Departamento em questão apresentam uma duração média de 30 a 45 minutos. A duração da passagem de turno é um desafio para os profissionais de saúde; pelo que uma longa passagem de turno pode levar a que os profissionais trabalhem mais horas ou pode originar uma perda de tempo noutras áreas do cuidar. Contudo, passagens de turno mais apressadas podem resultar em mal entendidos, reduzindo as oportunidades para clarificar as informações, ameaçando a qualidade do cuidar, tal como refere Cohen & Hilligoss (2009).

Os enfermeiros do presente Departamento recebem informação acerca de todos os pacientes durante a passagem de turno; concordando com estudos anteriores de O'Connel, MacDonald & Kelly (2008) que valorizam receber a informação completa de todos os pacientes do serviço, sendo esta uma forma útil de assumir a responsabilidade dos pacientes sempre que necessário.

Foi também proposto aos enfermeiros que colocassem, por ordem de importância/frequência, alguns erros existentes na transmissão de informação na passagem de turno, sendo o lapso/esquecimento apontado como o erro mais frequente, seguido da falta de objectividade, ausência de informação, omissão de informação, discrepância na informação e por último, os ruídos exteriores e distração entre colegas.

Assim, os enfermeiros do Departamento demonstram compreender a importância de uma comunicação assertiva e eficaz. Segundo Santos, Grilo, Andrade et al (2010) a utilização de descritores pouco definidos ou de abreviaturas é comum e estudos demonstram que estas imprecisões podem gerar problemas de interpretação. Assim como o uso de termos técnicos pouco convencionais ou o grafismo ilegível de alguns profissionais pode pôr em risco a informação a transmitir, levando a interpretações prejudiciais para o paciente.

No que se refere às principais barreiras existentes na passagem de turno, os enfermeiros respondentes consideraram os ruídos presentes na passagem de turno como a principal barreira, seguindo da duração da passagem de turno, a quantidade de informação transmitida, a falta de pontualidade, a incapacidade para receber todos os assuntos relacionados com os pacientes, e por ultimo as interrupções durante a passagem de turno e o horário da passagem de turno; estes últimos com dois enfermeiros a colocar este item como principal barreira.

Considerando o ruído ambiente existente durante a passagem de turno como a principal barreira para uma comunicação adequada, seguido da duração da passagem de turno, os enfermeiros concordam com Runny (2012) que considera os problemas físicos no local, propícios a barulho e interrupções constantes como uma das principais barreiras da passagem

de turno, sendo que a permanente interrupção e os ruídos frequentes inviabilizam a clareza da informação que está a ser transmitida. Estudos referidos por Santos, Grilo, Andrade et al (2010) concluem que um terço das situações de comunicação é interrompido e que, na maioria, os profissionais demoram tempo a retomar o assunto no ponto em que o tinham deixado.

A falta de objectividade pode também estar presente no discurso verbal, quando não existe conformidade entre o conteúdo verbal e a linguagem corporal, segundo Santos, Grilo, Andrade et al (2010); o que pode acontecer quando existem distrações que põem em causa a fiabilidade da informação que está a ser transmitida.

A falta de tempo, interrupções e uma elevada carga de trabalho são barreiras na comunicação que originam perda de informação que pode levar a diagnósticos incorrectos e que levam ao erro no cuidar. Segundo Santos, Grilo, Andrade et al (2010), o tempo limitado que frequentemente é atribuído à passagem de turno, impede o feedback em relação ao que é transmitido, tornando a correcta compreensão de todos os dados mais difícil.

A primeira questão da segunda parte do presente questionário é alusiva ao primeiro ponto das Meta 2 das Metas Nacionais para a Segurança do Paciente, que refere que o processo hospitalar para uma comunicação eficaz na passagem de turno eficaz inclui uma comunicação interactiva que permita a oportunidade de trocar questões entre o comunicador e o receptor da informação do paciente (Tabela 10).

Tabela 10: Distribuição de Enfermeiros na questão “Quando se encontra a receber o turno a sua prestação passa por”

		Frequência	Percentagem
1. Obter as respostas para as minhas questões	Completamente	17	27,4
	Mais	21	33,9
	Indeciso	8	12,9
	Menos	12	19,4
	Desacordo	13	4,8
2. Colocar as questões adequadas às necessidades do paciente	Completamente	34	54,8
	Mais	21	33,9
	Indeciso	1	1,6
	Menos	2	3,2
	Desacordo	4	6,5
3. Fazer as questões de uma forma clara e perceptível	Completamente	39	62,9
	Mais	14	22,6
	Indeciso	3	4,8
	Menos	2	3,2
	Desacordo	4	6,5

4. Questionar os colegas acerca das suas recomendações no cuidado ao paciente.	Completamente	18	29,0
	Mais	19	30,6
	Indeciso	17	27,4
	Menos	3	4,8
	Desacordo	5	8,1
5. Obter toda a informação relevante que necessito	Completamente	45	72,6
	Mais	10	16,1
	Menos	2	3,2
	Desacordo	5	8,1

Assim, 33.9% dos enfermeiros respondentes encontram-se em mais de acordo quando questionados se procuram obter as respostas para as suas questões aquando a recepção do turno (Tabela 10).

No segundo ponto, 58.4% dos enfermeiros, responderam que estão completamente de acordo quando questionados se a sua prestação passa por colocar questões adequadas às necessidades do paciente quando recebem o turno (Tabela 10).

No terceiro ponto, 62.9% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando questionados se a sua prestação passa por fazer questões de uma forma clara e perceptível, quando recebem o turno (Tabela 10).

No quarto ponto, 30.6% dos enfermeiros estão mais de acordo quando questionados se a sua prestação passa por questionar os colegas acerca das suas recomendações no cuidado ao paciente, quando recebem o turno (Tabela 10).

No quinto ponto, 72.6% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando questionados se a sua prestação passa por obter toda a informação relevante que necessita quando recebem o turno (Tabela 10).

Ao receber o turno, os enfermeiros deste estudo consideram que procuram obter respostas para as suas questões, colocando sempre questões adequadas às necessidades do paciente, de uma forma clara e perceptível. A maioria concorda plenamente que procura obter toda a informação relevante necessária para a prestação de cuidados. Como refere Riley (2004), perguntar é fundamental para a avaliação e desenvolvimento da relação de prestação de cuidados de enfermagem, demonstrando interesse e competência. Quanto mais eficaz a pergunta, mais tempo o enfermeiro poupa, mais pertinente é a informação que recolhe e mais eficiente se torna a sua experiência. Muitos enfermeiros fazem por responder de forma completa às questões dos colegas, mas nem todos expressam a sua opinião acerca dos

cuidados a prestar ao paciente. Contudo, o comportamento assertivo passa também por expressar a sua própria opinião, expondo o que se pensa e o que se sente.

O segundo ponto da Meta 2 das Metas Nacionais para a Segurança do Paciente refere que o processo hospitalar para uma comunicação eficaz na passagem de turno inclui informação actualizada considerando a situação do paciente, os cuidados necessários, o tratamento, a sua medicação, os serviços necessários, assim como qualquer alteração recente do seu estado ou alterações que possam ser antecipadas. Foi com base neste ponto que foi criada a segunda questão da segunda parte do questionário (Tabela 11).

Tabela 11: Distribuição dos Enfermeiros na questão “Quando se encontra a passar o turno a sua prestação passa por”

		Frequência	Porcentagem
1. Explicar a condição actual do paciente	Completamente	49	79,0
	Mais	8	12,9
	Menos	1	1,6
	Desacordo	4	6,5
2. Explicar alterações recentes ou antecipar possíveis alterações na condição do paciente	Completamente	45	72,6
	Mais	11	17,7
	Indeciso	1	1,6
	Menos	1	1,6
	Desacordo	4	6,5
3. Explicar os cuidados necessários ao paciente	Completamente	28	45,2
	Mais	19	30,6
	Indeciso	7	11,3
	Menos	5	8,1
	Desacordo	3	4,8
4. Responder de forma completa às questões dos colegas	Completamente	36	58,1
	Mais	15	24,2
	Indeciso	3	4,8
	Menos	3	4,8
	Desacordo	4	6,5
5. Dar opinião/recomendações acerca dos cuidados a prestar ao paciente	Completamente	20	32,3
	Mais	25	40,3
	Indeciso	10	16,1
	Menos	4	6,5
	Desacordo	3	4,8
6. Garantir que toda a informação relevante foi seleccionada e comunicada	Completamente	44	71,0
	Mais	12	19,4
	Indeciso	2	3,2
	Desacordo	4	6,5

No primeiro ponto desta questão, 79% dos enfermeiros inquiridos estão completamente de acordo quando questionados se a sua prestação passa por explicar a condição actual do paciente quando se encontra a passar o turno (Tabela 11).

No segundo ponto, 72.6% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando inquiridos se a sua prestação passa por explicar alterações recentes ou antecipar possíveis alterações na condição do paciente, quando se encontram a passar o turno (Tabela 11).

No terceiro ponto, 45.2% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando questionados se a sua prestação passa por explicar os cuidados necessários ao paciente quando estão a passar o turno, seguidos de 30.6% dos enfermeiros que estão mais de acordo.

58.1% dos enfermeiros responderam que estão completamente de acordo quando questionados se a sua prestação passa por responder de forma completa às questões dos colegas, quando passam o turno; contudo um enfermeiro não respondeu a esta questão, o que corresponde a 1.6% dos enfermeiros (Tabela 11).

No quinto ponto desta questão, 40.3% dos enfermeiros estão mais de acordo quando questionados se a sua prestação na passagem de turno passa por dar opinião/recomendações acerca dos cuidados a prestar ao paciente (Tabela 11).

No último ponto, 71% dos enfermeiros estão mais de acordo quando questionados se a sua prestação passa por garantir que toda a informação relevante foi seleccionada e comunicada (Tabela 11).

Quando se encontra a passar o turno, a maioria dos enfermeiros do presente estudo explica a condição actual do paciente, com as alterações mais recentes e antecipando as possíveis alterações na condição do paciente. Contudo, nem todos explicam os cuidados necessários ao paciente.

A maioria procura também garantir que toda a informação relevante foi seleccionada e comunicada. É através de um discurso claro e conciso, adequado a uma comunicação assertiva, que o enfermeiro demonstra confiança (Riley, 2004).

Os enfermeiros fazem por providenciar a informação histórica relevante do paciente; uma percentagem concorda plenamente com a importância de responder de forma completa às questões do enfermeiro que se encontra a passar o turno, providenciando informação completa e adequada às necessidades do paciente. Existem, segundo Patterson & Wears (2010), algumas responsabilidades que devem estar presentes no enfermeiro presente na passagem de turno, tais como ter conhecimento da história do paciente, saber quais os dados importantes para monitorizar mudanças, gerir o impacto dos acontecimentos passados, antecipar futuros

acontecimentos, planear as estratégias dos cuidados aos pacientes e, ainda, realizar as tarefas planeadas.

Segundo as Metas Nacionais para a Segurança do Paciente, o processo hospitalar para uma comunicação eficaz na passagem de turno deve incluir um método que verifica a informação recebida, através de técnicas de repetição ou de reler a informação; tendo sido criada a terceira questão deste questionário a partir desta meta (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição dos Enfermeiros na questão “Quando se encontra presente na passagem de turno (passando ou recebendo) a sua prestação passa por”

		Frequência	Percentagem
1. Repetir informação importante ou complexa de modo a confirmar e obter a informação que precisa	Completamente	26	41,9
	Mais	20	32,3
	Indeciso	6	9,7
	Menos	8	12,9
	Desacordo	2	3,2
2. Usar técnicas correctas de comunicação	Completamente	27	43,5
	Mais	26	41,9
	Indeciso	3	4,8
	Menos	5	8,1
	Desacordo	1	1,6
3. Evitar usar abreviaturas ou termos que possam não ser entendidos	Completamente	24	38,7
	Mais	18	29,0
	Indeciso	9	14,5
	Menos	6	9,7
	Desacordo	5	8,1
4. Usar uma linguagem clara e perceptível.	Completamente	42	67,7
	Mais	14	22,6
	Menos	3	4,0
	Desacordo	2	3,2
5. Garantir que entendeu todas as informações fornecidas pelo colega	Completamente	33	53,2
	Mais	22	35,5
	Indeciso	2	3,2
	Menos	3	4,8
	Desacordo	1	1,6
6. Rever informação importante ou complexa para garantir que entende toda a informação de forma correcta	Completamente	33	53,2
	Mais	23	37,1
	Indeciso	2	3,2
	Menos	2	3,2
	Desacordo	2	3,2

No primeiro ponto, 41.9% dos enfermeiros responderam que estão completamente de acordo quando questionados se a sua prestação passa por repetir a informação importante ou complexa de modo a confirmar e a obter a informação que necessita (Tabela 12).

No segundo ponto, 43.2% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando inquiridos se a sua prestação na passagem de turno passa por usar técnicas correctas de comunicação, seguidos de 41.9%, que estão mais de acordo com esta questão (Tabela 12).

No terceiro ponto, 38.7% dos enfermeiros encontram-se completamente de acordo quando questionados se a sua prestação passa por evitar usar abreviaturas ou termos que possam não ser entendidos, seguidos de 29% dos enfermeiros que se encontram em acordo com a questão (Tabela 12).

No quarto ponto, 67.7% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando questionados se a sua prestação passa por usar uma linguagem clara e perceptível (Tabela 12).

No quinto ponto, 53.2% dos enfermeiros inquiridos estão completamente de acordo quando questionados se a sua prestação passa por garantir que entendeu todas as informações fornecidas pelo colega (Tabela 12).

No último ponto da mesma questão, 53.2% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando questionados se a sua prestação na passagem de turno passa por garantir que entendeu todas as informações de forma correcta (Tabela 12).

Muitos enfermeiros fazem por usar técnicas correctas de comunicação, usando uma linguagem clara e perceptível, contudo, menos enfermeiros evitam a utilização de abreviaturas ou termos que não possam ser entendidos. O propósito da comunicação é potenciar o entendimento entre duas pessoas, pelo que ser indirecto ou pouco claro, é inútil. A existência de uma linguagem comum no serviço é essencial. É também importante ter em conta que termos usados em determinado serviço podem não ser familiares a profissionais que nunca tenham estado em contacto com este serviço.

No presente questionário, os enfermeiros consideram que é feito um esforço por parte de toda a equipa em utilizar a mesma linguagem, dando-se importância devida a uma correcta comunicação entre profissionais de enfermagem. Aquando na passagem de turno, a prestação de muitos enfermeiros passa por repetir a informação importante ou complexa de modo a confirmar e a obter a informação que necessitam.

Segundo JCI (2009), o processo hospitalar para uma comunicação eficaz inclui a oportunidade de o receptor da informação reveja os dados relevantes do paciente, que pode

incluir cuidados prévios, tratamento e serviço. É nesta meta que a quarta questão do presente questionário assenta (Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição dos Enfermeiros na questão “Quando se encontra na passagem de turno a sua prestação passa por”

		Frequência	Percentagem
1. Providenciar informação histórica relevante do paciente	Completamente	24	38,7
	Mais	30	48,4
	Indeciso	3	4,8
	Menos	1	1,6
	Desacordo	4	6,5
2. Responder de forma completa às questões do enfermeiro que se encontra a passar o turno	Completamente	27	43,5
	Mais	24	38,7
	Indeciso	3	4,8
	Menos	3	4,8
	Desacordo	4	6,5
3. Providenciar a informação completa e adequada às necessidades do paciente	Completamente	37	59,7
	Mais	19	30,6
	Indeciso	1	1,6
	Desacordo	5	8,1
4. Discutir os cuidados, dúvidas ou decisões complexas da equipa	Completamente	35	56,5
	Mais	22	35,2
	Menos	2	3,2
	Desacordo	3	4,8

Assim, 48.7% dos enfermeiros estão de acordo quando questionados se a sua prestação passa por providenciar informação histórica relevante do paciente (Tabela 13).

No segundo ponto, 43.5% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando inquiridos se a sua prestação passa por responder de forma completa às questões do enfermeiro que se encontra a passar o turno (Tabela 13).

59.7% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando, no terceiro ponto desta questão, inquiridos se a sua prestação passa por providenciar a informação completa e adequada às necessidades do paciente (Tabela 13).

No último ponto, 56.5% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando questionados se a sua prestação passa por discutir os cuidados, dúvidas ou decisões complexas da equipa (Tabela 13).

Nas Metas que delineou a JCI também contemplou as interrupções durante a passagem de turno que deverão ser limitadas de forma a minimizar a possibilidade de falha de informação

ou de esquecimento da mesma (JCI 2009), que serviu de base para a quinta questão da segunda parte do questionário (Tabela 14).

Tabela 14: Distribuição dos Enfermeiros na questão “Quando se encontra na passagem de turno a sua prestação passa por”

		Frequência	Percentagem
1. Cumprir o horário estabelecido para o momento da passagem de turno	Completamente	34	54,8
	Mais	16	25,8
	Indeciso	6	9,7
	Menos	2	3,2
	Desacordo	4	6,5
2. Garantir que foi estabelecido um bom contacto inicial na passagem de turno	Completamente	26	41,9
	Mais	20	32,3
	Indeciso	8	12,9
	Menos	6	9,7
	Desacordo	2	3,2
3. Limitar as interrupções existentes durante a passagem de turno	Completamente	32	51,6
	Mais	21	33,9
	Indeciso	3	4,8
	Menos	2	3,2
	Desacordo	3	4,8
4. Evitar assuntos que não estejam relacionados com a passagem de turno.	Completamente	32	51,6
	Mais	22	35,5
	Indeciso	3	4,8
	Menos	2	3,2
	Desacordo	2	3,2
5. Evitar entrar/sair do local onde decorre a passagem de turno	Completamente	33	53,2
	Mais	20	32,3
	Indeciso	4	6,5
	Menos	2	3,2
	Desacordo	3	4,8
6. Evitar conversas paralelas durante a passagem de turno	Completamente	35	56,5
	Mais	19	30,6
	Indeciso	4	6,5
	Menos	1	1,6
	Desacordo	3	4,8
7. Minimizar as interrupções existentes durante a passagem de turno	Completamente	36	58,1
	Mais	21	33,9
	Menos	3	4,8
	Desacordo	2	3,2
8. Toda a equipa considerar em simultâneo quando a passagem de turno termina	Completamente	26	41,9
	Mais	26	41,9
	Indeciso	5	8,1
	Menos	2	3,2
	Desacordo	3	4,8

54.8% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando questionados se a sua prestação passa por cumprir o horário estabelecido para o momento da passagem de turno (Tabela 14).

No segundo ponto, 41.9% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando questionados se a sua prestação passa por garantir que foi estabelecido um bom contacto inicial na passagem de turno (Tabela 14).

No terceiro ponto da questão, 51.6% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando questionados se a sua prestação passa por limitar as interrupções existentes durante a passagem de turno (Tabela 14).

No que se refere ao quarto ponto da mesma questão, 51.6% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando inquiridos se a sua prestação passa evitar assuntos que não estejam relacionados com a passagem de turno (Tabela 14).

No quinto ponto, 53.2% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando questionados se a sua prestação passa por evitar entrar/sair do local onde decorre a passagem de turno (Tabela 14).

56.5% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando questionados se a sua prestação passa por evitar conversas paralelas durante a passagem de turno (Tabela 14).

No sétimo ponto desta questão, 58.1% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando inquiridos se a sua prestação passa por minimizar as interrupções existentes durante a passagem de turno (Tabela 14).

No último ponto, 41.9% dos enfermeiros estão completamente de acordo, assim como 41.9% estão mais de acordo quando questionados se a sua prestação passa por toda a equipa considerar em simultâneo o término da passagem de turno (Tabela 14).

A passagem de turno é um momento de interacção regular entre os profissionais presentes no turno, o que nem sempre é fácil de conjugar em diferentes alturas do dia. Este momento contribui para uma comunicação consistente entre profissionais, no qual se discutem prioridades e planos de cuidados, procurando sempre melhores resultados, lembrando Dingley, Daugherty, Derieg et al (2008).

Os enfermeiros do presente estudo concordam plenamente na importância em cumprir o horário estabelecido para o momento da passagem de turno, garantindo que é estabelecido um bom contacto inicial na passagem de turno, limitando as interrupções existentes durante a passagem de turno, evitando assuntos que não estejam relacionados com a passagem de turno, evitando sair/entrar do local onde decorre a passagem de turno, evitando conversas paralelas e minimizando as interrupções existentes. Geralmente, toda a equipa considera em simultâneo quando a passagem de turno termina.

O RMDE tem como objectivo definir linhas gerais que viabilizem a produção automática de um conjunto de indicadores de enfermagem para diferentes níveis e utilizadores. Foi com base no RMDE que foi criada a última questão da segunda parte do questionário, de forma a avaliar a importância da comunicação na equipa de enfermagem, assim como o esforço feito pela mesma em manter uma linguagem clara e comum a todos (Tabela 15).

Tabela 15: Distribuição dos Enfermeiros na Questão “Na equipa de enfermagem que se encontra inserido”

		Frequência	Percentagem
1. É feito um esforço para ser utilizada a mesma linguagem	Completamente	32	51,6
	Mais	21	33,9
	Indeciso	5	8,1
	Menos	3	4,8
	Desacordo	1	1,6
2. É dada importância devida a uma correcta comunicação entre profissionais	Completamente	32	51,6
	Mais	21	33,9
	Indeciso	5	8,1
	Menos	3	4,8
	Desacordo	1	1,6
3. A informação transmitida na passagem de turno é obtida através da consulta diária, regular e sistemática de documentação pertencente ao processo do paciente	Completamente	27	43,5
	Mais	22	35,5
	Indeciso	4	6,5
	Menos	7	11,3
	Desacordo	1	1,6
4. A informação transmitida é adquirida na comunicação ou articulação com outros elementos da equipa multidisciplinar (dietista, fisioterapeuta, entre outros	Completamente	27	43,5
	Mais	19	30,6
	Indeciso	7	11,3
	Menos	8	12,9
	Desacordo	1	1,6

Na última questão da segunda parte do questionário, 56.5% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando questionados se na equipa de enfermagem em que se encontra inserido é feito um esforço para ser utilizada a mesma linguagem (Tabela 15).

No segundo ponto da mesma questão, 51.6% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando inquiridos se na sua equipa de enfermagem é dada importância devida a uma correcta comunicação entre profissionais (Tabela 15).

No terceiro ponto da sexta questão, 43.5% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando questionados se a informação transmitida na passagem de turno é obtida através da consulta diária, regular e sistemática da documentação pertencente ao processo do paciente (Tabela 15).

No último ponto da questão, 43.5% dos enfermeiros estão completamente de acordo quando questionados se a informação transmitida na passagem de turno é adquirida na comunicação ou articulação com outros elementos da equipa multidisciplinar como dietista, fisioterapeuta, entre outros (Tabela 15).

Contudo, os enfermeiros já são mais renitentes quando a comunicação/articulação se estende a outros profissionais de saúde. Como referido anteriormente, o desentendimento entre membros de equipa pode ser proveniente de disputas não resolvidas ou de atrasos no cuidado ao paciente; pelo que o nível de colaboração entre profissionais de saúde se torna imperioso para uma excelência na qualidade de cuidados, uma vez que existem funções complementares, partilha de responsabilidades e decisões a tomar de forma conjunta.

Finalizando o questionário, foi solicitado aos enfermeiros que indicassem duas sugestões de melhoria, de forma a melhorar a qualidade de comunicação na passagem de turno. Diversas respostas surgiram, contudo nem todos os enfermeiros que responderam ao questionário deram sugestões. No Quadro 3 surgem as propostas de melhoria sugeridas pelos enfermeiros, sendo a sugestão de redução de interrupções a mais solicitada, com 14 respostas.

Quadro 3: Propostas de melhoria sugeridas pelos enfermeiros

Sugestão de Melhoria	Sugestões Efectuadas
Diminuição de interrupções	14
Passar informação importante dos pacientes, reduzindo assuntos não pertinentes	10
Evitar ruído ambiente/conversas paralelas	4
Reduzir o tempo de passagem de turno	4
Utilizar frases curtas e objectivas	2
Existência de uma folha de passagem de turno previamente preenchida	1
Existência de momento para discussão de casos mais complicados/questões éticas	1
Maior pontualidade	1
Existência de uma linguagem comum (ex. CIPE)	1
TOTAL	40

Quando solicitados para sugerir pontos de melhoria na passagem de turno, foram diversas as respostas que surgiram na última questão do questionário. Contudo, uma das sugestões prevaleceu perante as restantes, como um sinal urgente de mudança: reduzir o número de interrupções durante a passagem de turno, é uma mudança urgente a fazer.

Estudos realizados em dez hospitais concluem que a proporção de enfermeiros insatisfeitos com a passagem de turno varia consideravelmente, sendo que a percentagem de enfermeiros insatisfeitos variou de 22% em Inglaterra a 61% em França. Para esta insatisfação foram

apontados diversos motivos, sendo a principal razão os distúrbios durante o momento da passagem de turno, seguido de falta de tempo, segundo Meibner, Hasselhorn, Estry-Behar et al (2007).

Segundo Silva, Cassiani, Miasso et al (2007), os problemas de comunicação podem ser inseridos em três grupos; foi neste sentido que se procedeu a uma divisão das diversas sugestões de melhoria dos enfermeiros pelos grupos (Quadro 4). Assim:

Quadro 4: Relação entre os problemas de comunicação e as sugestões de melhoria dos enfermeiros do estudo

Problemas de Comunicação	Sugestões de Melhoria
Falhas no sistema em que o canal de comunicação não existe, não funciona ou não é regularmente utilizado	Redução das interrupções; Redução das conversas paralelas Redução da duração da passagem de turno Redução dos assuntos não pertinentes Redução do ruído ambiente Pontualidade obrigatória
Fracasso na emissão de mensagens, quando o canal de comunicação existe mas por informação não é transmitida	Transmitir apenas informação importante Utilizar frases curtas e objectivas Evitar repetições de informação Transmitir apenas as alterações observadas no paciente Não fazer referência à terapêutica administrada (em excepção da terapêutica em SOS) Apresentar folha de passagem de turno previamente preenchida
Falhas na recepção, quando o canal de comunicação de comunicação existe, a mensagem foi enviada de maneira correcta mas o receptor interpretou-a de forma equivocada ou com atrasos.	Promover um momento de discussão dos casos mais complicados/questões éticas Utilizar uma linguagem comum (ex.CIPE)

Possuir competências comunicacionais pode levar a um menor cansaço, a um ambiente amigável entre membros da equipa, a um aumento de produtividade, a uma gestão eficaz do tempo e consequente melhoria da qualidade no cuidar (Libyan, 2007).

É essencial que todos os profissionais assumam um papel na equipa, com diversas funções e trabalhando em colaboração e cooperação uns com os outros. Tal como referiam os estudos de Evanoff, Potter, Wolf et al (2005), a elevada colaboração entre a equipa está associada a melhores resultados nos pacientes, uma vez que cada profissional traz nova informação e conhecimento à equipa.

3 – CONCLUSÕES

A melhoria da qualidade obriga à Gestão “um total repensamento da estrutura e da prática dos serviços de saúde visando adequá-las à sua verdadeira missão. É também um repensamento dos conceitos, das atitudes e das metodologias de trabalho” (Mezomo, 2001, p.108).

A segurança na prestação de cuidados de saúde é indissociável da qualidade pelo impacto nos resultados administrativos, clínicos e financeiros mas também pela satisfação e reputação dos pacientes. A segurança do paciente tornou-se um dos maiores desafios dos cuidados de saúde do século XXI, o que alertou a OMS para a importância da comunicação como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados.

O aumento da qualidade das passagens de turno tem sido associado a melhor qualidade dos serviços, à diminuição do erro e à diminuição da mortalidade, concordando com Santos, Grilo, Andrade et al (2010). A comunicação entre os membros da equipa é fundamental para fomentar a partilha de um mesmo modelo mental, encarado com uma atitude positiva em relação à cultura de segurança, essencial para a redução do erro.

A passagem de turno é um momento com função de socialização, de organização, de educação e de esclarecimento (O’Connell, Macdonal & Kelly, 2008); pelo que é primordial a preocupação constante com a qualidade e efectividade da mesma. Assim, pode-se concluir que a passagem de turno possui várias funções; para além da função de comunicação expressa, que inclui a informação sobre aspectos objectivos essenciais ao cuidado e ao ensino das práticas médicas; a função de informação encoberta, que integra os elementos psicológicos e sociais dos cuidados; a função de integração cultural, com o objectivo de construção da identidade profissional; pode-se constatar que possui também a função de suporte emocional dos profissionais, elemento motivador e de elemento de coesão das equipas de saúde, uma vez que a passagem de turno é uma excelente oportunidade para trocar experiências, lidar com o stress ocupacional, sendo uma forma de socialização e promoção da integração nas equipas de saúde, concordando com Kerr, referenciado por Santos, Grilo, Andrade et al (2010).

Os enfermeiros do Departamento de Medicina do HSM compreendem a importância da passagem de turno assim como da necessidade de uma comunicação interactiva, com oportunidade de trocar questões entre o comunicador e o receptor; procurando obter uma informação actualizada considerando a situação do paciente, os cuidados necessários, o seu tratamento, medicação, serviços necessários, assim como alterações recentes ou que possam

ser antecipadas. O que concordando com JCI (2009), é a base de uma comunicação eficaz com um processo de verificação da informação recebida, através de diferentes técnicas. Pode-se assim concluir que existe um esforço por parte dos enfermeiros deste Departamento em cumprir as Metas Nacionais para a Segurança do Paciente no ponto da comunicação na passagem de turno; contudo, nem sempre as condições físicas ou ambientais são as melhores para proporcionar uma passagem de turno ideal.

Através do questionário aplicado, conclui-se que os enfermeiros do presente estudo possuem diversas competências adequadas a uma comunicação eficaz, lutando para a qualidade da passagem de turno. Destas competências pode-se destacar o respeito, a intenção de cuidar, a constante curiosidade e interesse para proporcionar os melhores cuidados ao paciente, através de uma relação presente e flexível. Possuir competências comunicacionais como estas, leva a um menor cansaço, ambiente amigável entre profissionais, aumento da produtividade, gestão eficaz do tempo e consequente melhoria da qualidade no cuidar, como refere Libyan (2007).

Contudo, os enfermeiros encontram também algumas dificuldades no processo de passagem de turno considerando os ruídos presentes neste momento como a principal barreira para uma comunicação eficaz, seguido da duração da passagem de turno e quantidade de informação transmitida.

No entanto, os enfermeiros demonstraram possuir um papel activo na comunicação, com iniciativa e uma atitude positiva, através de um discurso claro e directo, numa busca incessante de informação adequada ao benefício do paciente. Desta forma, é possível antecipar o futuro, planear estratégias de tratamento e cuidados, tendo conhecimento do passado, assim como do seu impacto.

Uma passagem de turno efectiva, concordando com Runy (2012) e com WHO (2007), passa por uma passagem de turno cara a cara sempre que possível, garantindo que a comunicação acontece nos dois sentidos, permitindo o tempo que for necessário, utilizando a forma verbal e escrita, com oportunidade para clarificar a informação transmitida e envolvendo os colegas no desenvolvimento do processo de passagem de turno, o que na maioria das vezes acontece nos serviços de Medicina pertencentes ao estudo.

A melhoria da qualidade na passagem de turno é uma das lutas constantes de uma Gestão adequada, uma vez que pode sempre existir informação mal interpretada que pode causar sérias lacunas na continuidade dos cuidados e risco potencial do paciente, contudo o conhecimento que o enfermeiro possui dos factores humanos é um grande benefício no modo de comunicação da passagem de turno, reduzindo os passos do processo e consequentemente

as oportunidades de errar. É importante que os diferentes membros da equipa de trabalho discutam a aceitação de responsabilidade partilhada, a delegação de tarefas e poder de decisão; pelo que a existência de reuniões de equipa são determinantes para uma boa comunicação. Apesar das passagens de turno implicarem contacto frequente, as reuniões são fundamentais para evitar lapsos através de transmissão formal de informação a todos os membros da equipa, com troca de propostas mais reflectidas para a resolução de problemas, sendo também momentos de excelência para a promoção do espírito de equipa.

A verdadeira melhoria das passagens de turno só surgirá quando chegarem à conclusão que diferentes cenários requerem diferentes tipos de passagem de turno. Cada passagem de turno tem de ser revista, assim como o seu enquadramento dominante e as mudanças necessitam de ser pensadas e elaboradas de modo a atender o fluxo de trabalho e seja mensurável, relembrando Eaton (2010).

Existe outro problema ou obstáculo para a qualidade que se prende com a inadequação de currículos para a formação de profissionais com o perfil necessário às suas novas necessidades. Com a necessidade de revê-los e de torna-los mais flexíveis e centrados nas necessidades dos pacientes e preocupados com o comportamento das pessoas e não apenas com os seus conhecimentos (Mezomo, 2001)

Um factor determinante para a qualidade da passagem de turno passa pela competência individual para a sua execução, paralelamente com a falta de preparação dos profissionais de saúde para esta tarefa, assim como a ausência de bons modelos a seguir. A formação nesta área é praticamente inexistente, o que torna o processo mais vulnerável, com um aumento do potencial de eventos adversos; contudo ainda persiste a ideia que estas competências se aprendem no exercício da profissão. No entanto, “a investigação empírica e a constatação no terreno provam que (...) não só as competências comunicacionais pioram com o tempo de exercício, como frequentemente, os modelos a que os profissionais estagiários são expostos (...) pouco contribuem para a sua aprendizagem” (Santos, Grilo, Andrade et al, 2010, p. 56).

As consequências resultantes da falha de comunicação tornam este assunto essencial nos cuidados de saúde. Desta forma, têm surgido algumas novas práticas de forma a reduzir os erros da comunicação. Providenciar oportunidades para os prestadores de cuidados colocarem e responderem a questões pode melhorar a eficácia da comunicação numa passagem de turno. A racionalização, assim como a padronização do momento da passagem de turno, desenvolvem o pensamento crítico, assim como minimiza o tempo afastado do paciente. Repetir a informação recebida é outra técnica utilizada nas passagens de turno, na qual o

enfermeiro que recebe a informação a escreve e depois repete o que escreveu para obter a confirmação que entendeu tudo correctamente, acordando com WHO (2007).

É importante também que as organizações implementam sistemas que garantam a troca de informações entre o paciente e os prestadores de cuidados, tais como diagnóstico, tratamento, medicação, resultados de exames, entre outros; incorporando treino de comunicação efectiva na passagem de turno no desenvolvimento da vida profissional e, nas escolas, no currículo educacional e, por fim, encorajando a comunicação entre organizações que prestam cuidados paralelos ao mesmo paciente (WHO, 2007).

Relembrando o supracitado, existem diversas acções que devem ser consideradas em prol da qualidade da comunicação na passagem de turno, segunda a OMS e JCI, tal como garantir que as organizações de saúde implementam uma abordagem padronizada da comunicação na passagem de turno através do uso da técnica SBAR; a atribuição de tempo suficiente para comunicação de informações importantes e para o pessoal colocar e responder a questões sem interrupções, sempre que possível; a transmissão de informação tendo em conta o estado do paciente, a sua medicação, tratamentos, entre outros e limitando a informação apenas ao que é realmente necessário para prestação de cuidados seguros ao paciente.

A Gestão em Enfermagem assume um papel fulcral na qualidade, conferindo uma elevada segurança dos cuidados aliando o seu conhecimento de gestão com as suas competências de Enfermagem. É importante que o Enfermeiro tenha também como uma das suas principais preocupações a prevenção e gestão dos riscos. Para tal, é necessário garantir ambientes e práticas seguras, identificando riscos e lidando com situações imprevistas, gerindo-os e introduzindo medidas correctivas; assim um enfermeiro competente determinará cuidados seguros.

A qualidade de uma organização passa pela qualidade das pessoas e dela depende; precisa ser construída no dia-a-dia da organização, pelo que deve ser planeada e gerida de forma estratégica, supondo um compromisso de longo prazo com um conjunto integrado de acções.

A realização deste estudo pretende tocar em diversas áreas de actuação de Enfermagem, uma vez que aborda uma das suas principais componentes – a qualidade. No que se refere à implicação para a prática, este estudo pretende reforçar a importância da comunicação na passagem de turno, alertando para os erros que dela poderão surgir. A enfermagem é a classe profissional com o maior potencial para assegurar uma assistência rentável na sua prática, eficaz em função dos custos; uma vez que os enfermeiros estão representados em todos os serviços, trabalhando próximos do paciente, podendo avaliar a assistência prestada. Assim,

torna-se imperioso promover a enfermagem como um recurso fundamental de cuidados rentáveis e como um factor importante de contribuição para as tomadas de decisão e para uma comunicação eficaz. Uma boa comunicação encoraja a colaboração e ajuda na prevenção de erros.

A qualidade é uma das principais preocupações de uma Gestão adequada, pelo que este estudo assume uma base essencial de reflexão para mudanças e melhorias a realizar perante as dificuldades existentes perante a comunicação. Numa constante procura da máxima segurança dos seus cuidados, o Enfermeiro responsável pela Gestão deverá adequar as dotações às necessidades identificadas, promover, implementar e monitorizar as boas práticas, identificar e divulgar as evidências da eficácia das acções, promover e utilizar os resultados da investigação relevante, incentivar a produtividade, identificar e monitorizar os riscos e ainda promover a satisfação dos seus colaboradores e pacientes. É importante que se aposte na formação dos profissionais na área comunicacional, lutando sempre para a excelência da qualidade; só desta forma os serviços terão missão cumprida, com valores e princípios consistentes, através de processos com resultados adequados.

A educação focada na qualidade dos cuidados deve iniciar-se na escola, transmitindo a importância de uma comunicação eficaz, assim como as consequências da sua falha. Este estudo em muito contribui para reforçar essa importância, assim como funciona como alerta para um investimento urgente a fazer a nível curricular, de modo a promover momentos de treino e aprendizagem para uma melhor comunicação, e consequente melhoria de resultados e qualidade.

A qualidade em saúde é indissociável da qualidade da interacção e da comunicação entre os profissionais de saúde, os principais responsáveis pelo cuidado e segurança do paciente.

Todo o esforço de melhoria de uma organização deve começar com a melhoria das pessoas: educação, desenvolvimento de habilidades, formação de uma consciência responsável, treino para o trabalho em equipa e criação de uma visão ética do trabalho (Mezomo, 2001). Neste sentido, é também importante construir competências ideais no enfermeiro no processo de comunicação na passagem de turno para ser usado em formação em serviço, cursos base e promoção da qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berengere, N.; Brown, L. D., Hernandez, O., Rosenbaum, J. & Roter, D. (1997). Improving Interpersonal Communication Between Health Care Providers And Clients. *Quality Assurance Methodology Refinement Series*. USAID. Disponível em <http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/theacher/deontologi/tolokova/English/base%20litriche/Improving%20Interpersonal%20Communication.PDF>
- Burley, D. (2011). Better communication in the emergency department. *Emergency Nurse*, 19 (2), 32 – 36. Disponível em: <http://www.deepdyve.com/lp/royal-college-of-nursing-rcn/better-communication-in-the-emergency-department-7WUStBPSIF>
- Campos, L., Borges, M. & Portugal, R. (2009). *Governança dos Hospitais*. Alfragide: Editora Casa das Letras
- Chaboyer, W., McMurray, A. & Wallis, M. (2010). Bedside Nursing Handover: A Case Of Study. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 27-34
- Cohen, M. D. & Hilligoss, P. B. (2009). *Handoffs in Hospitals: A review of the literature on information exchange while transferring patient responsibility or control*. Acedido a 17 de Julho de 2013. Disponível em http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/61498/Handoffs_in_Hospitals_Literature_Review_081014.pdf?sequence=1
- College Of Registered Nurses of Nova Scotia (2009). *Registered Nurse-Sensitive Outcomes: A Summary Report*. Acedido a 13 de Fevereiro de 2013. Disponível em http://www.crnns.ca/documents/RN_Sensitive_Outcomes_2012.pdf
- Dingley, C., Daugherty, K., Derieg, M. K. & Persing, R. (2008). *Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements*. Acedido a 17 de Julho de 2012. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/>

Direcção Geral de Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente: Relatório Técnico*. Lisboa: DGS

Doran, D. (2011). *Nursing Sensitive Outcomes: The State of Science* (2nd Ed.) Sudbury: Jones & Barlett Learning

Duffy, F. Daniel, G., Geoffrey H., Whelan, G., Cole-Kelly, K. & Frankel, R., (2004). *Assessing Competence In Communication And Interpersonal Skills: The Kalamazoo II Report*. Academic Medicine. Vol.79 (6). June 2004

Eaton, E. V. (2010). Handoff Improvement: We Need to Understand what we are trying to fix. *Journal on Quality and Patient Safety*, 36 (2)

Evanoff, B., Potter, P., Wolf, L., Grayson, D., Dunagan, C. & Boxerman, S. (2005). *Can We Talk? Priorities Or Patient Care Differed Among Health Care Providers*. Acedido em 24 de Junho de 2012. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20468/>

Ferreira, R. J. O., Luzio, F. C. M. & Santos, M. C. M. (2010). Passagem de turno dos enfermeiros nos quartos (Visita de Enfermagem): opinião dos utentes. *Revista Referência*, II (12), 29-37

Fortin, M. (2006). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusociência

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusociência

Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes: Uma Abordagem Prática*. Lisboa. Lidel

Gonçalves, V. C. N. G. (2008). *Gestão do Risco nas Organizações de Saúde: Percepção dos Profissionais face ao papel de Gestor do Risco*. Lisboa. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Health and Safety Executive (2009). *Reducing error and influencing behavior*. Acedido a 26 de Maio de 2012. Disponível em: <http://www.hse.gov.uk/pubns/priced/hsg48.pdf>

Joint Commission International (2009). *Hospital National Patient Safety Goals*. Acedido em 23 de Junho de 2012. Disponível em <http://www.unchealthcare.org/site/Nursing/servicelines/aircare/additionaldocuments/2009npseg>

Karga, M., Kiekkas, P., Aretha, D. & Lemonidou, C. (2011). Changes in nursing practice: associations with responses to and coping with errors. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3246-3255

Koerner, J. G. (2010). Communication and Care. Acedido a 28. Maio.2012. Disponível em <http://hsa-tvet-yr12.blogspot.pt/2013/04/communication-and-care.html>

Kreps, G. M. (s.d.) *The Centrality of Communication in Health Promotion*. George Mason University. Disponível em <http://classweb.gmu.edu/gkreps/721/12.%20%20Kreps%20and%20Neuhauser,%20in%20press,%20Artificial%20Intelligence%20and%20Immediacy.pdf>

Libyan, J. M. (2007). *Interpersonal Skills*. 2 (3); 152-153. Acedido a 3 de Maio de 2012. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3078212/>

Malone, B. (2004). Pursuing patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 86-87. Acedido a 3 de Maio de 2012 Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/13/2/86.2.full>

Manser, T., Foster, S., Gisin, S., Jaeckel, D. & Ummenhofer, W. (2010). Assessing the quality of patient handoffs at care transitions. *Quality and Safety Health Care*, 19 (44). Acedido a 3 de Maio de 2012. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/19/6/e44.full.pdf>

Mansoa, A. (2010). *O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos: estudo de caso sobre as representações dos actores de uma unidade pós cirúrgica de um Hospital Português*. Lisboa. Dissertação de mestrado apresentada na Universidade Nova de Lisboa

Maxson, P. M., Derby, K. M., Wroblewski, D. M. & Foss, D. M. (2012). Bedside Nurse-to-Nurse Handoff Promotes Patient Safety. *Medical Surgical Nursing*, 21 (3), 140-145

Meiber, A., Hasselhorn, H., Estry-Behar, M., Nezet, O., Pokorski, J. & Gould, D. (2007). Nurses' perception of shift handovers in Europe – results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (5), 535-542

Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Brasil. Manole

O'Connell, B., Macdonald, K. & Kelly, C. (2008). Nursing Handover: It's time for a change. *Contemporary Nurse*, 30 (1), 2-11

O'Daniel, M., Rosenstein, A. H. (2012). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, 2, 271-284. Acedido em 24 de Junho de 2012. Disponível em http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/nursesfdbk/ODanielM_TWC.pdf

Oliveira, O. J. (2003). *Gestão da qualidade: tópicos avançados*. Brasil: Cengage Learning Editores

Ordem dos Enfermeiros (2001). Parecer CJ/20 – 2001. Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 30 de Janeiro de 2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf

Ordem Dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 26 de Janeiro de 2012. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e Proposta de Sistema*. Recuperado em 12 de Janeiro de 2012, de Ordem dos Enfermeiros <https://membros.ordemenfermeiros.pt/AssembleiasGerais/Documents/AG2007/assembleiageral2007-9.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Código Deontológico* (inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro). Acedido em 4 de Janeiro de 2012. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2008). *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach*. Copenhagen. Acedido em 23 de Maio de 2012. Disponível em www.who.org

Patterson, E. & Wears, R. (2010). Patient Handoffs: Standardized and Reliable Measurement Tools Remain Elusive. *Journal on Quality and Patient Safety*, 36 (2)

Pereira, F. M. S. (2007). *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros: Estudo Empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem não publicada. Porto. Acedido a 2 de Janeiro de 2012. Disponível em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7182/2/Informao%20e%20Qualidade%20do%20exercicio%20profissional%20dos%20Enfermeiros.pdf>

Pestana, M.H., Gageiro, J.N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência

Polit, D. S., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, Métodos, Avaliação e Utilização* (5ª Edição). São Paulo: Artmed Editora

Popovich, D. (2011). 30 Second Head to Toe Tool in Pediatric Nursing: Cultivating Safety in Handoff Communication. *Pediatric Nursing*, 37(2)

Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Manuais Universitários 12 – Série Metodologias, Lisboa: Climepsi Editores

Richardson, A. & Storr, J.(2010). Patient Safety: a literature review in the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. *International Nursing Review*, 57, 12 – 21

Riesenberg, L. A., Leitzsch, J. & Cunningham, J. M. (2010). Nursing Handoffs: A Systematic Review of the Literature. *American Journal of Nursing*, 110 (4), p. 24-34

Riley, J. B. (2004). Comunicação em Enfermagem (4ª edição), Loures: Lusociência

Runny, L. A. (s.d.). *Patient Handoffs*. Acedido em 29 de Julho de 2012. Disponível em http://www.hhnmag.com/hhnmag/jsp/articledisplay.jsp?dcrpath=HHNMAG/Article/data/05MAY2008/0805HHN_FEA_Gatefold&domain=HHNMAG

Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10 (4-5), 47-57. Acedido em 16 de Abril de 2013. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/6-Comunicacao%20em%20saude%20e%20a%20seguranca%20do%20doente.pdf>

Silva, A. E. B. C., Cassiani, S. H. B.; Miasso, A. I. & Opitz, S. P. (2007). Problemas de comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paul de Enfermagem*, 20 (3), 272-276. Acedido a 15 de Julho de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a05v20n3.pdf>

Smeulers, M., Tellingan, V., Lucas, C. & Vermeulen, H. (2012). *Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients (Protocol)*. The Cochrane Collaboration. Issue 7. Wiley & Sons, Ltd

Streeter, A. C. R. (2010). What Nurses Say: Communication Behaviors Associated with the Competent Nursisng Handoff. University of Kentucky. Doctores Dissertatios. Paper 66. Disponível em: http://uknowledge.uky.edu/gradschool_diss/66

Tuckman, B. W. (1994). *Manual de Investigação em Educação*. Edição da Fundação Calouste Gulbenkian. 4ª Edição. Lisboa

Vardaman, J. M., Cornell, P., Gondo, M. B., Amis, J. M., Townsend-Gervis, M. & Thetford, C. (2011). Beyond communication: The role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health Care Management Review*. 00 (0), 1-10

Weick, K. E. & Sutcliffe, K. M. (2001). *Managing the Unexpected*. San Francisco. Jossey Bass

World Health Organization (2007). Communication During Patient Hand-Overs. *Patient Safety Solutions*, 1(3). Acedido em 16.04.2013. Disponível em [http://www.who.int/patientsafety/solutions/patient safety/PS-Solution3.pdf](http://www.who.int/patientsafety/solutions/patient%20safety/PS-Solution3.pdf)

ANEXO I

AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

07/05/13

Gmail - Nusing Handoff Survey



Alexandra Sousa <xanaesousa@gmail.com>

Nusing Handoff Survey

Streeter, Anne R <Anne.Streeter@uky.edu>
To: Alexandra Sousa <xanaesousa@gmail.com>

Mon, May 6, 2013 at 4:22 PM

I would be pleased if you would continue the research for your dissertation. Would you mind sharing your results with me? Good luck! It's a worthy topic.

Anne Streeter

Anne Streeter, Ph.D.
270-384-7466 (Lindsey Wilson College)
606-787-1468 (Streeter Communication)
606-787-1486 (fax)
305-498-5713 (cell)
annest@earthlink.net

From: Alexandra Sousa [xanaesousa@gmail.com]
Sent: Friday, May 03, 2013 11:17 AM
To: Streeter, Anne R
Subject: Nusing Handoff Survey
[Quoted text hidden]

ANEXO II

AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente

Exma. Senhora
Enfermeira Alexandra Margarida
Salvador e Sousa
Urgência de Pediatria

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário a enfermeiros, no âmbito da frequência do Mestrado de Gestão em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e da realização do trabalho "A segurança do Paciente: Contributo da Comunicação na passagem de turno para a Qualidade dos Cuidados".

Vimos pela presente informar, que após análise da proposta supra citada, se encontra autorizada a aplicação de questionário aos enfermeiros do Departamento de Medicina, do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria.

Os melhores cumprimentos,

CHLN-HSM, 24 de Janeiro de 2013

A Enfermeira Directora

Catarina Santos Batuca

AR/

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt

